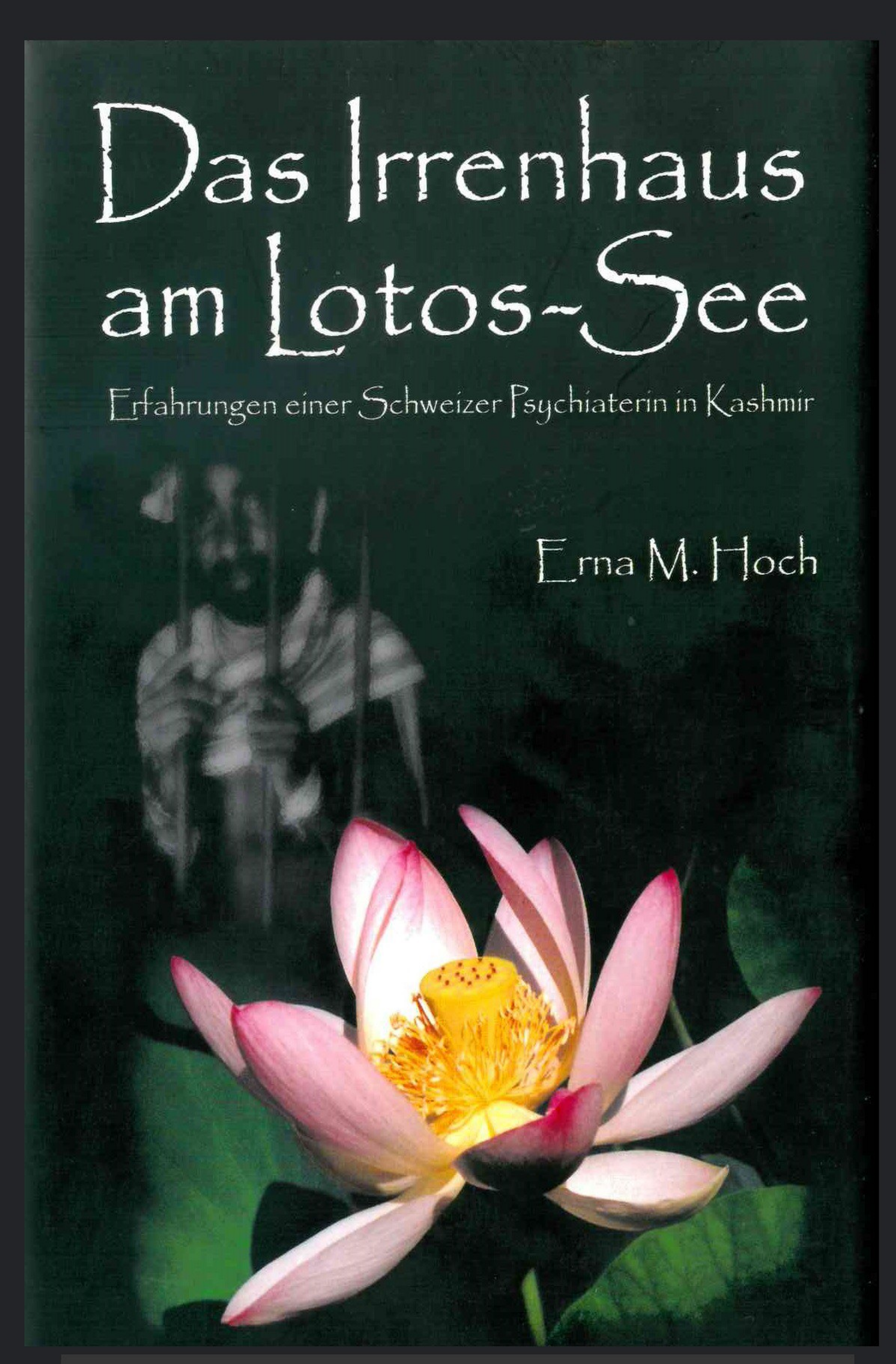

Das Irrenhaus am Lotos-See
Erfahrungen einer Schweizer Psychiaterin in Kashmir
Erna M. Hoch



Die Autorin im Kashmir 1984
zur Zeit der Erstfassung des Buches

Das Irrenhaus am Lotussee

Die Verfasserin, Schweizerin, geboren 1919 , in Basel aufgewachsen und in Medizin und Psychiatrie ausgebildet, lebte 1956 bis 1988 in Indien und hat dort als Psychiaterin klinisch, akademisch und administrativ an verschiedenen Posten gewirkt und reiche Erfahrungen gesammelt. Von 1969 bis 1980 war sie als Professorin für Psychiatrie am 'Medical College' in Srinagar tätig und hatte zugleich die einzige psychiatrische Anstalt in Kashmir zu leiten.

In diesem Buch berichtet sie in erzählender Form über ihre Erfahrungen in ihrem oft recht schwierigen Amte. Was sie an ihren grösstenteils anaphabetischen Patienten beobachtete und erlebte, wird zum Ausgangspunkt für eine Schilderung der Bevölkerung, ihrer Sitten und Lebensweisen, aber auch für die Beschreibung der wunderschönen Landschaft, in welcher dieses 'Irrenhaus am Lotussee' eingebettet ist.

Wir erfahren, wie die Verfasserin versuchte, das noch recht rückständige 'Irrenhaus' allmählich in eine moderne psychiatrische Klinik umzuwandeln. Dabei lernte sie jedoch, dass im Rahmen dieser Kultur auch das Althergebrachte seine Bedeutung und seinen Wert hat.

Von psychiatrischer Fachsprache wird man weitgehend verschont, so dass auch dem Laien wertvolle Einblicke in die Welt des 'Irreseins' und in die verschiedenen persönlichen und gesellschaftlichen Faktoren, die in dieser kulturellen Umgebung dazu beitragen können, vermittelt werden.

Inhaltsverzeichnis

Ein Nachwort als Vorwort

Wer auf „political correctness" Wert legt, sollte dieses Buch lieber nicht lesen. Vieles, was darin einfach beim Namen genannt wird, könnte Unmut, Ärger, Protest anregen. Nur schon der Titel: von einem „Irrenhaus" darf man doch nicht mehr reden! Wie aber, wenn gerade solche heutzutage verrufene und durch gelehrte Euphemismen und verharmlosende Beschönigungen und ersetzte Ausdrücke als einzige tauglich wären, um das, was man in einem Entwicklungsland vorfindet oder mindestens vor 20-30 Jahren noch vorfand - wirklich treffend zu beschreiben, und um hinter den vorerst unverständlichen, vielleicht sogar abstossenden Erscheinungen und Erfahrungen tieferen Sinn zu finden?

Allzu rasch ist man heutzutage bereit, alles Fremde mit uns geläufigen Begriffen zu bezeichnen und so in unsere westlichen Kategorien einzuordnen. Im Namen von Antirassismus und Menschenrechten wird dabei oft mit wohlklingenden, wissenschaftlich anmutenden Namen oder Umschreibungen das Ursprüngliche übertüncht. Ist man jedoch darauf aus, im Fremden die Unterschiede gegenüber unserer eigenen Lebensweise und Denkart zu verwischen und universale Gleichheit vorzutäuschen, so wird man den tatsächlichen Erscheinungen nicht gerecht. Weigert man sich, anzuerkennen, dass vieles von dem, was auf den ersten Blick beim Fremden als „anders", eben „fremdartig" anmutet und im Vergleich mit unseren Verhaltensweisen und sozialen Einrichtungen als „rückständig" erscheint, so lässt sich kein Ansatzpunkt, keine Berechtigung für „Entwicklungshilfe" erkennen. Lassen sich die Erscheinungsformen des Fremden einfach durch eine geschickte Sprachregelung in unsere Denkweise und unsere Gewohnheiten nahtlos einfügen, wieso sollte man sich dann noch bemühen, sie als „anders" zu verstehen und dort eine Entwicklung zu fördern, wo sie offensichtlich auch im Interesse des Fremden liegt und seinem Wesen entspricht? Und wie sollte man gar zur Einsicht gelangen, dass fremde Kulturen in mancher Beziehung unserer eigenen Lebensart gegenüber auch Vorzüge aufweisen und dass die dort lebenden Menschen auf gesunde Weise dem Ursprung noch näher stehen und

von den vielen Verirrungen und Verwirrungen unserer westlichen Lebenswelt verschont geblieben sind?

Allzu bereitwillige und radikale „Integration" des Fremden in unser Eigenes - sei es nun in einem fernen östlichen Lande oder unter den Migranten und Asylanten in unserer Mitte - versperrt also nicht nur dem Beobachter wertvolle Einsichten und Einsatzmöglichkeiten; sie tut auch der ursprünglichen Eigenart des Fremden Gewalt an, beraubt die Andersartigen der Möglichkeit, sich gemäss eigener Wesensart und in eigenem Tempo zu entwickeln, und bedeutet für sie Überforderung und Verlust von Sicherheit.

Vor 30 Jahren, als ich meine psychiatrische Tätigkeit in Kashmir aufnahm, und erst recht vor fast 45 Jahren, als ich erstmals nach Indien auszog, war Entwicklungshilfe noch das Wagnis einzelner Menschen oder kleiner Gruppen, die sich der unmittelbaren Berührung mit den Bewohnern entfernter Länder aussetzten. Inzwischen ist sie zur Sache grosser, rationell durchorganisierter Hilfswerke geworden, die nach international anerkannten Leitsätzen vorgehen und ihre Mitarbeiter entsprechend ausbilden und überwachen. Allerdings zeigen sich in den letzten Jahren bereits wieder Tendenzen, von solchem oft imperialistisch oder mindestens patronisierend anmutendem Verfügen über Entwicklungsländer zurückzukehren zu einer vorsichtigeren und verständnisvolleren „Hilfe zur Selbsthilfe", die sich an den „felt needs" orientiert, d.h. Bedürfnissen und Wünschen, wie sie von den Empfängern der Hilfe selbst empfunden und geäussert werden. Dabei kommt es wieder zu Formen engerer und unmittelbarerer Zusammenarbeit mit den Einheimischen, ähnlich also der Art, in welcher auch ich in meiner Aufgabe in Indien und besonders im Teilstaat Kashmir, stand.

Eine weitere grundsätzliche Forderung, welche heutzutage in der Entwicklungszusammenarbeit im Vordergrund steht, ist die der „Nachhaltigkeit". Die eingesetzte Hilfe soll nicht einfach eine momentane Notlage überbrücken, sondern Veränderungen setzen, welche in dauerhafter Weise sich auch für die Zukunft als wegweisend und aufbauend bewähren. Darf in diesem Sinne meine Tätigkeit in Kashmir als „nachhaltig" bewertet werden? Diese Frage wäre wohl auch dann schwer zu beantworten, wenn nicht seit

1988, als ich Kashmir endgültig verliess, dort das tägliche Leben und vor allem auch das Funktionieren ziviler Einrichtungen, wie Schulen und Spitäler, durch Bürgerkrieg, Guerillatätigkeit und sogar offenen militärischen Konflikt mit dem Nachbarland schwer gestört worden wäre. Es ist anzunehmen, dass in Srinagar mindestens dem Namen nach noch irgendwelche psychiatrische Dienste bestehen; wie weit sie jedoch den Bedürfnissen der Bevölkerung angemessen dienen, ist mir nicht bekannt. Man könnte vielleicht rein statistisch -falls sich noch jemand die Mühe nimmt, genaue Daten zusammenzustellen - die heutigen Konsultations- und Hospitalisationszahlen mit den von mir erhobenen vergleichen. Damit liesse sich jedoch nichts aussagen darüber, in welchem Geiste, mit wie viel geduldigem Verständnis für die Kranken und ihre Angehörigen, die nötige Arbeit geleistet wird. Erfolge der Psychiatrie, besonders wenn es sich um Psychotherapie handelt, sind zahlenmässig auch unter besten Bedingungen nur schlecht nachzuweisen.

Wenn ich mir überlege, ob trotz den erwähnten gewaltsamen Einwirkungen auf das Zivilleben im Kashmirtal meine „Entwicklungsarbeit“ sich dort als nachhaltig bewährt haben mag, so fallen mir in erster Linie die Patienten selbst und ihre Familien ein, die mir immer wieder ihre Dankbarkeit bewiesen. Einige von ihnen hielten jahrelang - wenige sogar auch heute noch - briefliche Verbindung mit mir aufrecht, vorausgesetzt natürlich, sie konnten sich genügend auf englisch ausdrücken und sich auch das für dortige Verhältnisse nicht gerade billige Auslandporto leisten. Ob meine Kollegen und das Pflegepersonal, unter denen doch während der Zeit meiner Tätigkeit hie und da ein guter Same der Menschlichkeit aufgekeimt war, in den wirren Zeiten noch am damals Gelernten festhalten und auch noch Gelegenheit für einen entsprechenden Arbeitseinsatz finden, weiss ich nicht. Wer unter ihnen nicht Muslim ist - also Hindu, Sikh oder, sehr selten, Christ - hat ohnehin schon lange die Flucht aus dem Kashmirtal ergriffen.

Vielleicht aber kann das, was ich nun doch noch über meine Erfahrungen berichten darf, wenigstens hier im Westen eine einigermassen nachhaltige Wirkung entfalten und Leserinnen und Leser veranlassen, darüber nachzudenken, was „Entwicklungshilfe“ ganz im Stillen, ohne grossen Aufwand

und ohne weltumfassende Organisation bedeuten kann.

Dazu ist allerdings nötig, dass sich der so oft gehetzte westliche Leser auf eine vielleicht etwas umständliche Sprache und eine breit angelegte Erzählweise einstimmt, auf einen Versuch, das Beobachtete und Erlebte möglichst getreu, anschaulich und sinngemäss wiederzugeben. Das Leben lief eben damals im abgelegenen Kashmirtal noch recht gemächlich dahin. Manche der Situationen, denen ich dort begegnete, mögen dem westlichen Menschen unverständlich, unsinnig, ja geradezu unzulässig erscheinen. Nur ein Gebrauch der Sprache, der nicht einfach präzise Begriffe, sogenannte „Worthülsen", möglichst kurz und bündig zusammenfügt, sondern der manches offen lässt und in vieldeutiger Weise auf verschiedenste Bedeutungszusammenhänge hinweist, gelegentlich auch vor als veraltet geltenden Ausdrücken nicht zurückscheut, kann solchem Geschehen und Erleben gerecht werden.

Bereits heute, nachdem in den letzten 10 Jahren der 1947 bei Indien verbliebene Teil von Kashmir durch politische und militärische Unruhen zerrissen und teilweise verwüstet wurde, ist vieles von dem, worüber ich noch aus unmittelbarem Erleben heraus berichten konnte, nicht mehr zu finden. Es geht also im vorliegenden Buch auch um eine Art „Geschichtsschreibung", um ein dokumentarisches Festhalten dessen, was vergangen und verloren ist.

Gerade damit aber lässt sich wohl rechtfertigen, dass dieser Text, obwohl er bereits vor 16 Jahren, noch kurz nach dem Geschehen und nahe dem Ort des Erlebens, niedergeschrieben wurde, erst jetzt an die Öffentlichkeit gelangen soll. Versuche, ihn publizieren zu lassen, wurden zwar in diesen Jahren mehrfach unternommen. Meist hiess es jedoch: „Verlag auf Jahre hinaus ausgebucht" oder „Passt nicht in unser Sortiment". Nach einer letzten Enttäuschung - hervorgerufen durch die Unvereinbarkeit meines konservativen und oft eigenwilligen Stils mit dem Reformeifer eines Lektors - habe ich es nun gewagt, dank der Ermunterung und einer grosszügigen Spende von nicht genannt sein wollenden Freunden, diesen Bericht über meine Erfahrungen in Kashmir in unveränderter Form im „Eigenverlag" herauszubringen. Nicht nur diesen liebenswürdigen Freunden, sondern auch all denen, die sich in uneigennütziger und bereitwilliger Arbeit für das Vorhaben eingesetzt haben -

vor allem Frau G. Papa, Sekretärin, aber auch denen, die mir Photos und Abbildungen für die Illustration des Bandes überlassen haben (meine Freundinnen M. Kummer und M. Kobelt, die Reiseführerin Frau Bruus, Frau R. Keller und Herr W. Keller, Herr R.D. Schürch, die Agenturen und Verlage, die Bewilligung für Reproduktion ihrer Bilder erteilten), gilt mein herzlicher Dank. Schliesslich möchte ich in Dankbarkeit all derer gedenken, die in Kashmir als Patienten, Angehörige von Patienten, Kollegen und Mitarbeiter, oder einfach als Nachbarn und Mitmenschen, mit viel Toleranz für die Eigenheiten einer Fremden, mir meine psychiatrische Arbeit und meine Teilnahme an ihrem täglichen Leben ermöglicht und mitgetragen haben.

Carnago, Januar 2000
E. Hoch

Draussen vor der Stadt

Ein scharfer Peitschenknall - und das magere Pferdchen legt sich nochmals mit aller Kraft in die Zügel, um den hochbeladenen zweirädrigen Karren das steile Strassenstück unter dem riesigen steinernen Tor hindurch zu ziehen. Die Ladung besteht aus meinem Hausrat, auf dem zuoberst ich selbst throne, und die Umzugs-Fahrt geht vom „Medical College" unten in der Stadt Srinagar zum Burghügel Hari Parbhat hinauf. Das imposante Tor, dessen altertümliches Kuppelgewölbe auch in der Sommerhitze den darunter hockenden Strassenhändlern und den faul ausgestreckten Hunden angenehme Kühle spendet, gewährt Einlass in den Burgbezirk, der den ganzen Hügel einschliesst (Abb. 1). Von der Stadt mit ihren engen, mittelalterlich anmutenden Gassen herkommend hat man allerdings eher das Gefühl, durch dieses Tor irgendwie „hinaus" ins Freie gelangt zu sein. Man findet hier all das, was zu früheren Zeiten auch in Europa die braven Bürger in ihren Städten nicht dulden mochten: das Gefängnis mit dem Galgen, die Aussätzigenkolonie und das „Irrenhaus", das mein Ziel ist. Auch Gräberfelder gibt es in der Nähe, allerdings nicht innerhalb des Burgbezirkes. Nur die Mohammedaner begraben ihre Toten; die Burg jedoch ist Zeuge einer Zeit, zu welcher die hinduistischen Dogra-Könige von jenseits der Berge hier regierten (Abb.2).

Neben all diesen Stätten der Ausgestossenen gewährt der Burghügel jedoch auch dem Erhabenen Platz. Nicht nur oben auf der Höhe, innerhalb der eigentlichen Burg, befindet sich ein Tempel, der jährlich zur Zeit der Frühlings-Tagundnachtgleiche zum vielbesuchten Wallfahrtsort wird, auch am Westhang zieht ein grosser Tempel der Muttergöttin täglich ganze Mengen von Verehrern an. Ein paar steile Felsen im Nordosten, die immer wieder mit grellroter Farbe bemalt werden, zeigen an, dass hier einmal, vor noch nicht allzu langer Zeit, Tieropfer dargebracht wurden. Dicht daneben lockt eine kleine Pilgerherberge neben einem Tempel allmählich mehr und mehr „Hippies" und „Aussteiger" aus dem Westen an, mit und ohne Drogen und auf allen Stufen der Verwahrlosung. Unten am Nagin-See, immer noch innerhalb der Burgmauern, steht ganz nahe

am Wasser ein geheimnisvoller Tempel. Dort wird jeweils in der Nacht vom Samstag auf den Sonntag „kirtan" abgehalten, eine die ganze Nacht dauernde Vigilie zum Singen heiliger Hymnen.Dicht am Weg zum Burgtor hinunter sitzt in seinem kleinen, dem affenförmigen Gotte Hanuman geweihten Tempelchen ein alter, bärtiger „Sadhu", der mit freundlichem Gesicht und segnenden Gebärden die Gaben der Vorübergehenden in Empfang nimmt (Abb. 3). Mit Brotstücken beschenkt werden auch die vielen halbwilden Hunde, die sich immer hier herumtreiben. Auf dem Strässlein rings um den Burghügel bewegt sich nämlich fast jeden Morgen in der Frühe, besonders aber im Frühling, wenn die knorrigen alten Mandelbäume in den Obstgärten sich in ein Meer von duftenden rosa und weissen Blüten verwandeln, ein ganzer Pilgerzug. Dieser „Hari Parbhat Cakkar" - die Umgehung des Hügels im Uhrzeigersinne, während der man heilige Formeln und Verse vor sich hermurmelt, gehört zu den Kulthandlungen, mit denen sich fromme Hindus Verdienst erwerben können.

Gegen Süden zu, wo die hohen Backsteinhäuser der Altstadt sich dicht an die Burgmauern drängen, hat sich eine grosse Moschee in tibetisch anmutendem Stil an den Hang geklebt; auch dort finden mehrmals im Jahr grosse Feste statt. Nur wenige Meter vor dem Burgtor haben ausserdem die Sikhs eine stolze „Gurdwara" erbaut, wo jeden Sonntag ganze Massen der turbantragenden Punjabis und ihre meist gutgekleideten und wohlgenährten Frauen und Kinder sich zum Singen und zur Vorlesung ihrer heiligen Schriften zusammen finden.

Hier oben also, zwischen dem ausgestossenen Niedrigsten und dem respektvoll auf Distanz gehaltenen Erhabenen, sollte nun meine neue „Heimat" sein! Ich war vor etwas mehr als einem Jahr, im September 1969, als Gastprofessor für Psychiatrie an das „Medical College" - also die medizinische Fakultät der Universität von Kashmir - gekommen, um den Unterricht in Psychiatrie für die Medizinstudenten zu organisieren und gleichzeitig eine psychiatrische Abteilung an diesem Universitätsspital aufzubauen. Man hatte mir damals eine kleine Wohnung in Aussicht gestellt. Bei meiner Ankunft hatte ich jedoch gefunden, dass das Bewohnen dieser zwei Räume mit der Auflage verbunden war, nebenamtlich noch die ungefähr 80 im gleichen Gebäude

untergebrachten Medizinstudentinnen zu beaufsichtigen, also als Leiterin des Studentinnenheims zu amten. Meine Schützlinge waren einesteils unbeholfene Bauernmädchen aus dem Kashmirtal, andernteils jedoch recht emanzipierte junge Damen aus Delhi oder gar aus Malaysia. So war dies eine Aufgabe, die, wie ich allmählich feststellen musste, nicht nur schwieriger war als die sprichwörtliche „Schachtel voller Flöhe" zu hüten, sondern sogar oft problematischer und mühsamer als die Leitung und Verwaltung eines „Irrenhauses".

Schon bei meiner Ankunft in Srinagar hatte man vorgeschlagen, ich solle sogleich auch das „Mental Hospital", wie es euphemistisch genannt wurde, übernehmen. Ich bestand jedoch darauf, dass die Aufgabe, für die ich mich bereit erklärt hatte, nur der Aufbau eines Departementes am „Medical College" sei, und dass dafür eine altmodische, nur Schutz- und Pflegefunktionen erfüllende „Irrenanstalt" nicht erforderlich sei. Als einige Monate später der bisherige Direktor der Anstalt altershalber zurücktrat, richtete man es geschickt so ein, dass während meiner Ferienabwesenheit ein Beschluss erlassen wurde, wonach in Zukunft der Psychiatrie-Professor am „Medical College" auch Direktor für dieses „Mental Hospital" sein sollte, und zwar nicht nur für die medizinischen Belange, sondern auch für die Verwaltung! Inzwischen hatte ich bei gelegentlichen Spaziergängen in jene Gegend und anlässlich der Abschiedsfeier für meinen Vorgänger gemerkt, dass das Leben dort oben eigentlich recht idyllisch war und man vor allem viel sauberere und im Sommer auch kühlere Luft atmete als drunten in der Stadt. Ausserdem hatte ich das mir aufgezwungene Amt als „Studentinnenmutter" gründlich satt. Ich nahm also die neue Aufgabe an, jedoch nur unter der Bedingung, dass ich in nächster Nähe des Spitals wohnen und so nicht nur formell, sozusagen „zum Schein", sondern höchst persönlich die sehr nötige Aufsicht ausüben würde.

So zog ich nun, nachdem ich mich bereits durch mehrere Besuche mit dem ganzen Spitalbetrieb und mit meinen zukünftigen Mitarbeitern, Untergebenen und Schützlingen vertraut gemacht hatte, in die kleine Zweizimmerwohnung gerade neben dem „Mental Hospital". Eigentlich hätte ich als „Superintendent" (Direktor) das Recht gehabt, das ebenfalls zur Verfügung

stehende Arzthaus zu bewohnen. Während 14 Jahren in Indien hatte ich aber bereits reichlich gemerkt, dass man viel besser dran ist, wenn man seinen Haushalt auf ein Ausmass einschränkt, das man selbst, ohne die Hilfe von Dienstboten, bewältigen kann. Ich überliess deshalb das grosse Haus einem meiner Kashmiri Kollegen, der eine Familie hatte. Ich selbst begnügte mich - sehr wenig standesgemäss! - mit einem kleinen Häuslein, das eigentlich für Pflegepersonal bestimmt war. In der anderen Hälfte des sich zu ebener Erde ausdehnenden Gebäudes wohnte auch tatsächlich eine Pflegerin mit Mann und drei Kindern.

Zur Zeit meines Einzuges stand dieses Doppelhaus einfach mitten im Gelände, das als eine Art Allmend von jedermann - und jedermanns Vieh und Hunden - zu jedem erdenklichen Zweck benützt werden konnte. Wollte ich also einmal draussen sitzen und die milde Herbst- oder Wintersonne geniessen, so war ich dem Blick der ganzen Umgebung ausgesetzt. An das Anlegen eines Gartens war natürlich gar nicht zu denken. Es dauerte viele Monate, bis schliesslich eine Mauer errichtet wurde, vorerst allerdings ohne Trennungsstück zwischen den beiden Wohnungen. So wurden meine Anbauversuche durch die Nachbarskinder und durch das Vieh, welches durch das nachlässig offen gelassene Gartentor dieser Nachbarn Einlass fand, immer wieder vereitelt. Als aber endlich mein ziemlich grosser Garten lückenlos umschlossen war, erwies sich der seit Jahren durch alle umherstreifenden Kreaturen tüchtig „natürlich gedüngte" Boden als sehr fruchtbar. Zufällig wachsende Keimlinge, die aus weggeworfenen Obstkernen sprossten, entwickelten sich innert weniger Jahre zu ansehnlich schattenspendenden und fruchtbringenden Bäumen. Gemüse und Blumen gediehen fast von selbst. Es war eine Freude, jeweils abends in diesem Garten zu arbeiten und dabei den Blick zur stolzen Burg oder rings im Umkreis zu den schneebedeckten Bergen schweifen zu lassen.

Mit der Zeit merkte ich dann allerdings, dass die fast zwei Meter hohe Mauer keineswegs genügend Schutz bot. Als die Lausbuben der Nachbarschaft entdeckt hatten, dass dahinter etwas gedieh, wurden oft während meiner Abwesenheit Raubzüge veranstaltet, bei denen jeweils vieles verwüstet zurückgelassen wurde. War ich selbst im Garten, so machten sie sich ein

Vergnügen daraus, mich von hohem Sitz auf der Mauer herab zu stören und zu necken.

Die Nachbarn in den paar Häusern, die gegenüber dem Spital der Strasse entlang ein kleines Dörflein bildeten, waren natürlich zuerst sehr neugierig auf die Fremde, wohl auch misstrauisch. Mit der Zeit jedoch fühlte ich mich angenommen. Der Besitzer des kleinen Allerweltslädeleins, der offenbar bei seiner Umgebung mehr oder weniger als inoffizieller Quartierhäuptling galt, wurde mein Beschützer und Nothelfer. Er schwor sogar, wenn einmal in sein Milchdepot nur eine einzige Flasche Milch geliefert werden sollte, so würde diese vor allen andern mir zukommen.

Von meinem vorherigen Posten als stellvertretende Leiterin des Departementes für Psychiatrie am All India Institute of Medical Sciences in New Delhi aus hatte ich mich nach einer neuen Arbeit umgesehen, die mehr Gelegenheit zu Entwicklungs- und Pioniertätigkeit bieten würde als der klinische Betrieb und die Lehrtätigkeit an dieser wohl fortgeschrittensten medizinischen Ausbildungs- und Forschungsstätte Indiens. Bei einem zufälligen Besuch in Srinagar für eine Kommissionssitzung hatte ich sofort erfasst, dass sich hier, im abgelegenen Hochtal im äussersten Nordwesten Indiens, eine ideale Möglichkeit für einen Aufbau sozusagen aus dem Nichts bot. Am noch sehr jungen „Medical College“ stand der Stuhl eines Professors für Psychiatrie noch leer. Niemand wollte sich in diese rückständigen Verhältnisse hinein wagen. Kurz entschlossen bot ich damals meine Dienste an. Das, was ich in den folgenden 10 - 11 Jahren erlebte, bewies reichlich, dass meine Wahl richtig gewesen war. Es galt tatsächlich, unter Überwindung harter Widerstände Neues zu schaffen. Allerdings waren viele der Nüsse - und Nüsse jeder Art gibt es sehr viele in Kashmir! -, die ich zu knacken bekam, so hart, dass ich mir oft fast die Zähne daran ausbiss.

Vom Irrenhaus zur psychiatrischen Klinik

Man mag sich vielleicht daran gestossen haben, dass ich bereits mehrmals, sogar im Titel dieses Buches, den Ausdruck „Irrenhaus“ gebraucht habe. Es herrscht ja heutzutage die Tendenz, im Gesundheitswesen alle derartigen Bezeichnungen, die auf irgend eine soziale Diskriminierung hinweisen könnten, zu eliminieren und durch, wenn nicht menschlicher anmutende, dann wenigstens wissenschaftlicher tönende Namen zu ersetzen. Dann sollte jedoch die so benannte Einrichtung auch tatsächlich dem entsprechen, was mit dem neuen Umhängeschild gemeint ist. Sonst wird auch die neue Bezeichnung bald wieder abgewertet, in den Schmutz gezogen, so dass man sich eiligst bemühen muss, noch idealere, noch wissenschaftlichere Euphemismen dafür zu erfinden.

Was ich damals in Srinagar vorfand, verdiente tatsächlich noch kaum, ein „Mental Hospital“ genannt zu werden, und noch viel weniger ein „Hospital for Psychiatric Diseases“, wie die neue Bezeichnung nun lauten sollte. In der Lokalsprache redete man von der „pagalkhāna“. „Khāna“ heisst „Haus“; „pagal“ bedeutet „verrückt“. Ich nahm mir einmal die Mühe, herauszufinden, wovon dieses „pagal“ abgeleitet sein könnte und was sein ursprünglicher Sinn gewesen sein mag. Lange Zeit konnte mir niemand Auskunft geben. Ich erfuhr nur zufällig, dass es auch in liebenswürdigem Sinne gebraucht werden könne, zum Beispiel um jemandem scherzhaft allzu grosszügiges Verhalten vorzuwerfen. Einer meiner Studenten erzählte mir sogar einmal eine nette kleine Geschichte, welche eindrücklich diesen positiven Sinn des Wortes illustriert:

Ein kleiner Knabe, dessen Eltern gestorben waren, lebte bei seiner Grossmutter in recht ärmlichen Verhältnissen. Zu essen hatte man zwar, was die eigene kleine Landwirtschaft lieferte; Bargeld aber war sehr rar. Eines Tages fand in der Nähe ein Jahrmarkt statt. Der Junge begehrte sehnlichst danach, dorthin gehen zu dürfen. Mit einem Seufzer kramte schliesslich die Grossmutter aus ihrem „sari“-Zipfel eine der wenigen Münzen hervor und liess das Büblein damit ziehen. „Er wird sich wohl damit ein paar Süssigkeiten oder

irgendeinen billigen Tand kaufen wollen“, dachte sie. Als der Junge zurück kam, rief er schon draussen vor der Tür mit fröhlicher Stimme: „Sieh, Grossmutter, was ich dir mitgebracht habe!“ Wie verwundert war sie, als sie in seiner Hand eine roh geschmiedete Feuerzange sah! „Weisst du“, erklärte der Bub, „ich habe so oft bemerkt, dass du dir die Finger verbrennst, wenn du die Brotfladen zum völligen Ausbacken über das Feuer hältst. Jetzt kannst du das mit dieser Zange tun, und du brauchst dir deine Hände nicht mehr zu verbrennen.“ Die Grossmutter schloss den Enkel in ihre Arme. Vielleicht seine Wangen mit Tränen der Rührung netzend, schalt sie ihn zärtlich: „Tum pagla ladɘka ho!“, das heisst: „Du bist ein verrückter Bub!“

Schliesslich jedoch nahm einmal ein Sanskritgelehrter meine Frage ernst genug, um ein wenig darüber nachzudenken. „Ursprünglich hiess wohl das Wort 'pagla'“, meinte er. „Das 'pag' ist gleichzusetzen mit 'pak' oder 'pac', was 'ausgebacken', 'fertig', 'reif' bedeutet. Das 'la' ist ein deprivatives Anhängsel. Das ganze Wort 'pag-la' würde somit etwas bezeichnen, das 'unfertig, unreif' ist.“ Nun, auf deutsch sagen wir ja auch „halbbacken“. Das wäre nun eigentlich ein sehr schöner und auch wissenschaftlich haltbarer Begriff: der Geisteskranke als ein Mensch, der entweder auf Grund einer unglücklichen Vererbung oder infolge ungünstiger Lebensumstände nicht altersgemäss hat reifen können oder dürfen! Natürlich denkt daran niemand, wenn das Wort „pagal“ so leichthin gebraucht wird.

Übrigens wurde ich selbst in der Stadt, und auch darüber hinaus, mit der Zeit bekannt als die „pagal mehm“. Das sollte eigentlich heissen „pagalkhane ki mehmsaheb“, d.h. die „Dame von der Irrenanstalt“. Ebenso gut konnte damit aber „die verrückte Ausländerin“ gemeint sein.

Es gibt im Hindi und Urdu* noch weitere Bezeichnungen für „geistesgestört“: „unmāda“, sowie auch das vom gleichen Stamme abgeleitete Kashmiri „matth“ oder „mutth“, zeigt ursprünglich einen Zustand der Trunkenheit, der Intoxikation, an. Es wird jedoch offen gelassen, ob es sich dabei um eine göttliche Inspiration handelt - also um etwas, das den so Betroffenen über das gewöhnliche Menschliche in positivem Sinne heraus hebt -, oder im Gegenteil um eine „Minusvariante“, also ein Verwirrtsein

krankhafter Art. Auch das aus dem Persischen stammende „devāna" kann in Kashmir beides heissen: „göttlich inspiriert", aber auch „verrückt". Dass der erstere, erhabene Sinn noch von Bedeutung ist, wird wohl dadurch bekräftigt, dass die Kashmiri, wenigstens die Mohammedaner, ihre Geistesgestörten auch „khuda dost", d.h. „Freunde Gottes" nennen.

Das „Mental Hospital" mit seinen 100 Betten hatte als medizinische Institution nur eine kurze Vergangenheit. Es war erst vor 11 - 12 Jahren erbaut worden. Bis dahin hatte nur ein von vergitterten Zellen umgebener Hof als Anhängsel des Gefängnisses dazu gedient, sozial völlig untragbare, zu Gewalttaten neigende Geisteskranke in sicherem Gewahrsam zu halten. Dieser Zellenkomplex war auch jetzt noch Bestandteil des Spitals. Als ich mein Amt dort antrat, waren noch viele der Zellen besetzt, und zwar zum Teil mit alten, chronischen Patienten, die seit Jahren kaum mehr daraus heraus gekommen waren.

Wie es zu früheren Zeiten dort zuging, erfuhr ich durch die Berichte unserer ältesten Wärter, die schon unter den Gefängnisbehörden dort gearbeitet hatten. Einer von ihnen erzählte, wie er einmal gerade damit beschäftigt gewesen sei, einem dieser armen Eingekerkerten ein Bad zu geben, als unvermutet eine behördliche Inspektion kam. Einer der Beamten fragte ihn, was er denn hier tue. Als der gute Mann, der wenigstens einen Funken von Mitleid mit seinen Schützlingen hatte, erklärte, er sei daran, einen der Insassen zu baden, befahl ihm der Inspektor barsch: „Lasst das lieber bleiben; Ihr verschwendet nur Wasser!"

Nun, zur Zeit, als ich das Spital zu übernehmen hatte, waren die Verhältnisse nicht mehr ganz so schlimm. Immerhin gab es noch viele Missstände, die nicht nur meine menschliche Empörung, sondern auch meinen Pioniergeist wachriefen.

Der Bauplan der Anstalt (Fig. 1) war eigentlich nicht schlecht. Die Gebäude - alle zu ebener Erde, so dass es weder Treppen zu steigen, noch freiwillige oder unfreiwillige Fensterstürze zu befürchten gab - waren um ein grosses Rechteck herum angeordnet. Aus dessen einer Ecke ragte der bereits erwähnte Zellenkomplex als unregelmässiges Anhängsel heraus. Nur an einer

Stelle wurde das Areal einfach durch eine hohe Sicherheitsmauer nach aussen abgeschlossen.

Legend for “Sketch of the plan Hospital for Psychiatric Diseases, Srinagar.

The plan was drawn according to memory and roughly reflects the situation between 1972 and 1976. The new distribution of the rooms that I ordered and the converted toilets have already been taken into account. The "Hamām" building, which was only built in 1977, is only shown in outline with a dotted line (right in the rear part of the area).

1 Garage and storage room for coal, wood

2 laboratory

3 Service room for nursing staff and dispensing of medication for outpatients

4 entrance hall

5 Bureau of Administration

6 consultation rooms for outpatients (psychiatric)

7 Consultation room of the "Medical Officer", general consultation hours

8 Bureau des Superintendent

9 Lounge and ballroom

10 Tailoring and Occupational Therapy

11 Pharmacy

12 Bureau of the nursing supervisor and changing room for nurses

13 Material warehouse (general)

14 Service room and material warehouse for the guards

15 Larder kitchen

16 kitchen
16a dining room with covered terrace

17 Approximate outline of the "Hamām" building redesigned in 1977.

F (1 and 2) wards for women (26)

M (1 - 4) 1: small room with 6 beds for quiet patients (men)

2: “Straw room” without beds, only with straw beds, for restless, unclean people Patients (30 - 40) (men)

3 and 4: Rooms with 20 beds each for men

T TOILETS (LATRINES ON THE GROUND FLOOR; FOR M 3 AND M 4 TRENCH LATRINES; IN M 2 AND TO

PART IN THE CELLS IN A CORNER DEMARCATED AREA WITH DISCHARGE INTO THE open flues outside the building. - "Shower" after

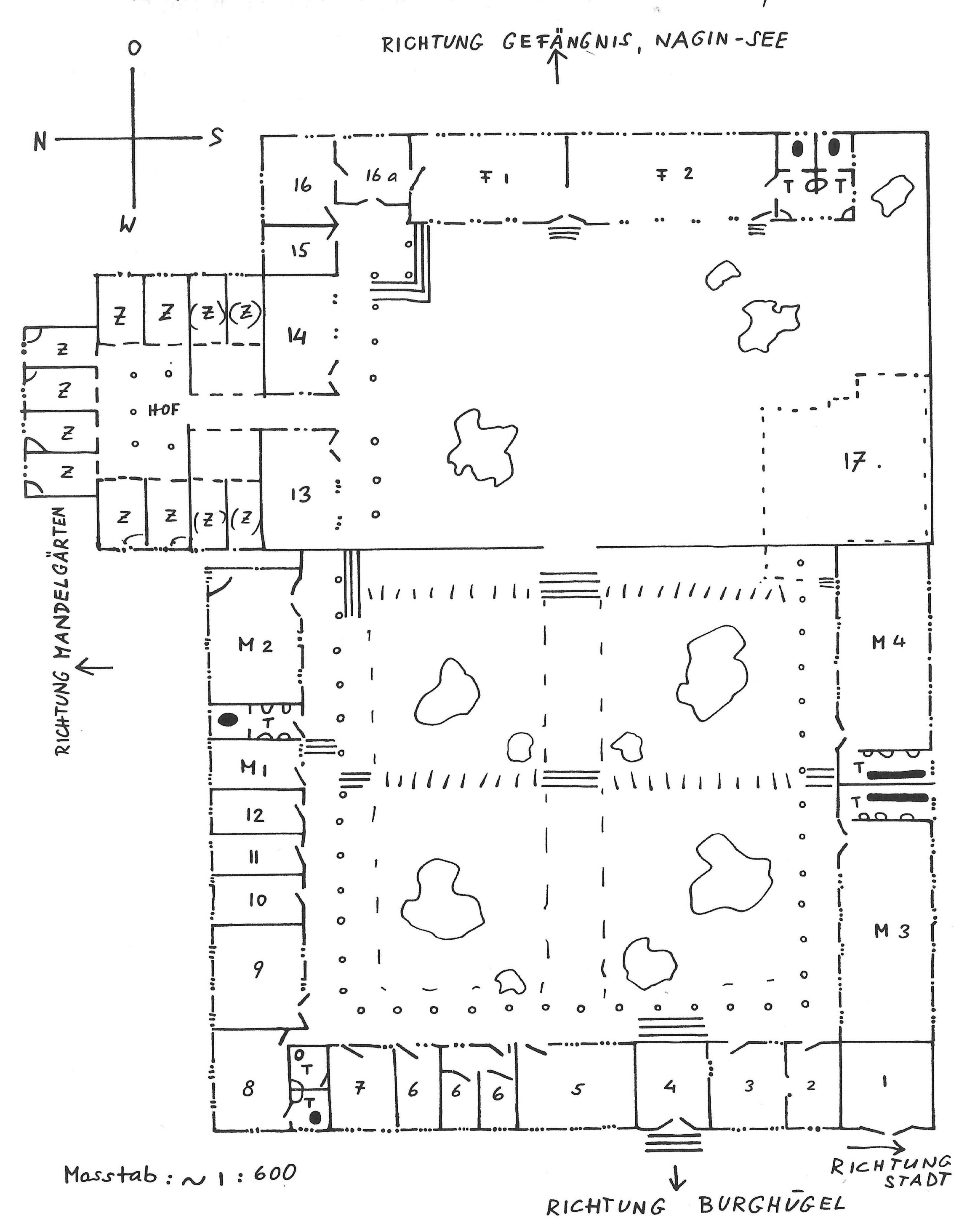
Indian system: pouring water over it from a bucket that was opened on

low-mounted faucet is filled. In the offices and M 1

Washbasins).

Z cells. (Z) = cells that were used to store scrap material.

Skizze 1



PLANSKIZZE HOSPITAL FOR PSYCHIATRIC DISEASES, SRINAGAR.
RICHTUNG GEFÄNGNIS, NAGIN-SEE
O
N
S
W
16
16 a
F 1
F 2
T
T
15
14
13
HOF
Z
(Z)
17.
M 2
M 1
M 4
M 3
12
11
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
RICHTUNG MANDELGÄRTEN
Masstab: ~ 1 : 600
RICHTUNG BURGHÜGEL
RICHTUNG STADT

Durch das tagsüber immer weit offene Eingangstor sah man in einen recht hübschen Garten hinein, in dem es vom Frühling bis spät im Herbst grünes Gras, bunte Blumen und zeitweise blühende Bäume gab. Dieser Garten, in dem sich die meisten Patienten frei bewegen durften, nahm ungefähr zwei Drittel der Innenfläche ein. Auf drei Seiten lief den Krankensälen und anderen Räumen entlang eine breite gedeckte Galerie (Abb. 4). Auf der vierten Seite schloss eine Mauer mit einem ebenfalls ständig offenen Durchgangstor gegen das hintere Drittel ab. Dort befand sich der Krankensaal für weibliche Patienten, jedoch auch die Küche, der Speisesaal, die Vorratsräume und der Zugang zum Zellenhof. Die Trennung zwischen Männern und Frauen war also eigentlich nur nachts streng durchgeführt. Tagsüber waren es einzig die meist nicht besonders scharfe Wachsamkeit des Personals und die auch in der Geistesverwirrtheit offenbar noch weiter bestehende Tradition der Geschlechtertrennung, welche unerwünschte Beziehungen zwischen männlichen und weiblichen Patienten verhinderten.

Bei den 26 Betten, welche der Frauenabteilung zugeteilt waren, handelte es sich tatsächlich um „Betten“ nach dem üblichen Spitalmodell: Stahlrohr, weiss oder grau gestrichen, mit einem Netzwerk von Metallfedern, das ich später durch solidere Holzroste ersetzen liess. Auch in zweien der Männersäle und in einem kleineren, für leicht Erkrankte und Rekonvaleszenten bestimmten Zimmer standen solche Betten. Einer der Räume jedoch, für Patienten, welche entweder zerstörerische Neigungen hatten oder nicht fähig waren, auch nur die primitivsten Regeln von Sauberkeit und Hygiene einzuhalten, war nur mit einer Schicht Stroh ausgestattet. Während die anderen Säle einen Annex mit Badekabinen und Latrinen hatten, gab es in diesem „Strohsaal“ überhaupt keine sanitären Einrichtungen. Ich zähle es zu den Grosstaten meines Lebens, dass ich es recht bald fertig brachte, in einer Ecke dieses Raumes ein kleines Abteil abzugrenzen, hinter dem die Patienten ihre Notdurft in eine Bodenvertiefung hinein verrichten konnten. Durch eine Öffnung in der Mauer wurden dann die Exkremente durch die Reinigungsmannschaft in die offenen Abwasserkanäle ausserhalb des Gebäudes weggeschwemmt. Bis dahin musste jeweils morgens der Dreck nicht nur im ganzen Saal am Boden zusammen

gewischt und aus dem Stroh gelesen, sondern oft auch von den Wänden gekratzt werden! Auch die Zellen, so weit sie noch in Gebrauch zu stehen hatten, wurden auf meinen Vorschlag mit einer ähnlichen Einrichtung versehen.

Sogar rein strukturell gab es also manches, das ich gerne schon im ersten Anlauf geändert hätte. Es galt jedoch behutsam vorzugehen, nicht nur, weil es schwierig gewesen wäre, sofort zusätzliche Budgetgelder zu erlangen, sondern auch weil zu allererst einmal ein Umgewöhnen, Umerziehen und zum Teil auch Erneuern des Personals anzustreben war. Auch die besten neuen Einrichtungen, wären sie im alten Schlendrian-Stil benützt worden, hätten sich kaum bewähren können.

Ich merkte ohnehin bald, dass nicht nur das Spitalpersonal, sondern auch die Nachbarn vorerst meinem Reformeifer recht skeptisch, ja sogar misstrauisch begegneten. Starken Widerstand bekam ich vor allem zu spüren, wenn es sich um Vorschläge oder Befehle handelte, deren Verwirklichung mehr Arbeit, mehr Sorgfalt und weniger Gelegenheit, für das eigene Wohl zu profitieren, bedeutet hätte.

Wie später noch in Einzelheiten auszuführen sein wird, war nämlich fast jeder gewohnt, aus dem Betrieb für sich selbst etwas heraus zu wirtschaften. Wer konnte schon kontrollieren, wo das Material hinkam? Wagte einer der Patienten oder vielleicht ein Angehöriger zu reklamieren oder jemanden anzuklagen, so hatte man immer die willkommene Ausrede zur Hand: „Der ist ja verrückt! Dem kann man doch nichts glauben!"

Den härtesten Kampf kostete mich wohl im Laufe dieser Umwandlung eines „Irrenhauses" in eine „psychiatrische Klinik" die Neugestaltung der Medikamentenzuteilung. Der Budgetposten für Medikamente war zwar gar nicht so dürftig. Ich fand jedoch heraus, dass nur ein kleiner Teil davon wirklich in Form der damals auch in Indien bereits seit vielen Jahren eingeführten Psychopharmaka den psychiatrischen Patienten zugute kam. Vermutlich fanden sogar die wenigen Tabletten, die tatsächlich zur Ausgabe an die Spital-Insassen an das Personal verteilt wurden, wieder irgendwie ihren Weg auf den Markt ausserhalb des Spitals. War ein Patient dann, ohne die verschriebene

Medikation, allzu erregt, so schleppte man ihn mit Gewalt zur täglichen Elektroschock-Sitzung.

Der Hauptteil des Budgetpostens für Medikamente wurde von meinen Vorgängern dazu verwendet, eine kleine allgemein-medizinische Poliklinik zu betreiben, die nicht nur die Angestellten und ihre Angehörigen, sondern auch die ganze Nachbarschaft samt Verwandten und Bekannten mit zum Teil recht teuren Heilmitteln, natürlich gratis, belieferte. Es liess sich damit nicht nur bei der Nachbarschaft eine freundliche Gesinnung und stillschweigende Deckung für die Missstände im Spital gewinnen; die Ärzte konnten überdies so für sich Kundschaft werben. Ausserhalb der in Kashmir sehr spärlich bemessenen Arbeitszeit - im Sommer von 10.00 bis 16.00, im Winter gar nur von 10.30 bis 16.00 - betrieben sie nämlich alle Privatpraxis.

Dringend nötig war diese medizinische Sprechstunde sicher nicht. Kaum zehn Minuten entfernt befand sich ein kleines Regierungsspital, das nicht nur eine von Spezialisten bemannte Poliklinik, sondern auch einen ständigen Notfalldienst betrieb. Ausserdem gab es in erreichbarer Nähe auch staatliche Gesundheitszentren und natürlich eine ganze Anzahl von Privatärzten nebst unzähligen Apotheken und Drogerien.

Sobald ich nach einigen Monaten, zu Beginn des neuen Finanzjahres, Gelegenheit erhielt, die Medikamenteneinkäufe innerhalb des neuen Budgets selbst zu planen, schränkte ich die Ausgaben für allgemeine Medikamente drastisch ein. Es sollte eine genügende Quote für Psychopharmaka übrig bleiben, und zwar nicht nur für die Spitalinsassen, sondern auch für das psychiatrische Ambulatorium, das es nun aufzubauen galt. Bisher waren nämlich psychiatrische Patienten meist nur dann zum Spital gebracht worden, wenn ihre Angehörigen deren Aufnahme verlangten. Es bestand zwar ein noch von den britischen Herrschern erlassenes Gesetz, das für die Einweisung eines uneinsichtigen und widerspenstigen Patienten die Bewilligung einer Amtsperson („Magistrate") und zwei ärztliche Zeugnisse vorschrieb. Mein Vorgänger hatte jedoch bereits auf eigene Verantwortung hin auch solche Kranke als „freiwillige Insassen" angenommen, deren Angehörige bereit waren, unbekümmert um die Zustimmung des Patienten, eine Erklärung zu unterschreiben oder mit einem

Daumenabdruck zu versehen. Unter den herrschenden Umständen war dies sicher richtig. Viele unserer Patienten waren samt ihren Angehörigen analphabetische, hilflose Leute vom Lande. Für sie hätte die Befolgung der öffentlichen Vorschriften eine unzumutbare Last und ausserdem das Risiko finanzieller Ausbeutung bedeutet. Die Gefahr des Missbrauches dieser liberalen Praxis für eine „Versenkung" unerwünschter Angehöriger war also weit geringer als diejenige einer Zurückweisung von Fällen, welche tatsächlich psychiatrische Hilfe dringend benötigten.

Diese weitherzige Regelung der Aufnahmen führte ich gerne weiter. Allerdings war ich vorsichtig genug, sowohl die medizinischen als auch die juristischen Behörden darüber zu informieren und gleichzeitig Musterexemplare des zu verwendenden Aufnahme-Gesuches und anderer von mir entworfener Formulare beizulegen. In den fast 10 Jahren meiner Tätigkeit bekam ich jedoch nie eine Antwort darauf.

Die nur 100 Betten, welche einer in dieser Berggegend weit verstreuten Bevölkerung von ungefähr 2½ Millionen als einzige psychiatrische Versorgungs- und Behandlungsmöglichkeit zu dienen hatten, waren meist besetzt. Oft war das Spital sogar überfüllt, umso mehr als man sich bisher nicht sehr aktiv um die Entlassung einmal aufgenommener Patienten bemüht hatte.

Wie ich dies bereits durch meine einjährige Tätigkeit am Allgemeinspital des „Medical College" bewiesen hatte, konnte man in vielen Fällen auch ohne Spitalaufnahme durch Verabreichung von Psychopharmaka Hilfe bieten. Eine Ausdehnung des bisher sehr rudimentären ambulanten Dienstes des „Mental Hospital" war also eine dringende Notwendigkeit.

Als jedoch unsere Nachbarn vernahmen, dass ihre „Rechte" auf freie Behandlung all ihrer eigenen kleineren und grösseren Beschwerden und Gebrechen gekürzt werden sollten, um den psychiatrischen Patienten die ihnen viel rechtmässiger zustehenden Medikamente zukommen zu lassen, gab es grossen Aufruhr. Eines Abends sammelte sich eine erregte Meute vor dem Spitaltor. Mit erhobenen Fäusten und grösster Lautstärke wurden Drohungen und Verwünschungen ausgestossen, falls ich es wagen sollte, ihr Recht auf freie Behandlung anzutasten. Zum Glück gelang es mir, die nötige Ruhe zu

bewahren. Mit Hilfe eines mutigen jungen Arztes, der ganz auf meiner Seite stand und geschickt als Dolmetscher funktionierte, gab ich ungefähr folgende Erklärung ab: „Selbstverständlich werden wir auch in Zukunft eine Art „Erste-Hilfe-Dienst" für euch, unsere Nachbarn, aufrecht erhalten. Medikamente sollen jedoch nur so weit gratis ausgegeben werden, als dies auch in anderen Regierungsambulatorien der Fall ist. Es ist ja in eurem eigenen Interesse, dass ihr weiter entfernt Wohnende davon abhaltet, sich bei uns versorgen zu lassen." Ich versuchte auch , Verständnis dafür zu erwecken, dass es heutzutage, im Gegensatz zur Zeit, als das Spital erbaut worden war, Medikamente gebe, mit denen psychiatrische Patienten auch ambulant erfolgreich behandelt werden können. „Ist es nicht auch für euch, unsere Nachbarn" - so schloss ich meine Rede - „eine Sache des Stolzes und der Befriedigung, in eurer Mitte ein Spital zu haben, welches fachkundige, modernen Ansprüchen genügende und vor allem menschliche und ehrliche Behandlung und Pflege bietet für diese Ausgestossenen? Um sie kümmert sich ja sonst in der ganzen Provinz niemand." Das Geschrei schwoll allmählich zu einem Gemurmel ab, und die Menge verlief sich schliesslich. Argwohn und Ressentiments waren jedoch noch lange Zeit zu spüren.

Die „allgemeine Poliklinik" blieb in bescheidenem Rahmen weiter bestehen, nicht nur zur Grundversorgung der Nachbarschaft, sondern auch sozusagen als „Triage-Stelle" für die ambulanten psychiatrischen Patienten. Oft war ja vorgängig der psychiatrischen Untersuchung abzuklären, ob die Symptome von Erschöpfung, Verwirrtheit, Depression, Angst nicht vielleicht lediglich Folgen einer körperlichen Erkrankung oder eines chronischen Ernährungsmangels sein könnten.

Die psychiatrische Poliklinik jedoch, die nicht nur am „Mental Hospital", sondern auch am Allgemeinspital des „Medical College" täglich geführt wurde (völlig unentgeltlich natürlich, wie auch der Aufenthalt im Spital), erfreute sich zunehmender Beliebtheit bei der Bevölkerung. Man begriff bald, dass es dort nicht nur für verzweifelte Fälle geistiger Umnachtung und Verwirrtheit Hilfe gab, sondern auch für leichtere Störungen, also zum Beispiel Angstzustände, Depressionen, hysterische Manifestationen und Anfälle von „Besessenheit",

unbestimmte körperliche Beschwerden, Lernschwierigkeiten, Verhaltensstörungen bei Kindern und schliesslich auch für epileptische Anfallerkrankungen. Während anfangs 80 % oder mehr der uns selbst aufsuchenden oder durch die Angehörigen gebrachten Patienten noch Psychotiker, also wirklich „Verrückte“ waren, sank dieser Prozentsatz im Laufe der nächsten paar Jahre auf 40 - 50 % hinunter, natürlich bei gleichzeitigem beträchtlichem Anstieg der Gesamtzahl der Patienten. Bemerkenswert war, dass diese Zunahme, besonders der leichteren Fälle, keineswegs etwa auf vermehrte Zuweisungen durch Ärzte oder auch Lehrer oder Behörden zurückzuführen war, sondern dass schliesslich ungefähr 70 % unserer Kundschaft auf Empfehlung anderer, bereits „geheilter“ oder noch in Behandlung stehender Patienten zu uns kamen. Selbst das sogenannte „Stigma“, also die soziale Diskriminierung, welche mit der Benützung einer psychiatrischen Einrichtung verbunden sein soll, hielt die Leute nicht davon ab, im „Mental Hospital“ Hilfe zu suchen. Im Gegenteil, man zog den weiteren Weg dort hinauf sogar einem Besuch des Allgemeinspitals unten in der Stadt vor. Der Grund dafür: man finde hier, also im „Mental Hospital“, mehr „hamdardi“. Das heisst wörtlich „Wir-Schmerz“ und müsste also ungefähr mit „menschlichem Mitgefühl“ übersetzt werden.

Ich greife jedoch bereits vor und habe nun zuerst noch zu berichten, wie der Mitarbeiterstab aussah, den ich zur Verwirklichung meiner Pläne zur Verfügung hatte.

Mein Vorgänger, ein Kashmiri Pandit (d.h. ein Hindu Brahmin), war ein, allerdings erst in späteren Lebensjahren, psychiatrisch ausgebildeter Arzt gewesen; sein Stellvertreter, der „Deputy Superintendent“, ebenfalls ein Hindu, war vor einem Jahr frisch von der in Bombay absolvierten psychiatrischen Ausbildung weg angestellt worden. Beide hatten jedoch offensichtlich dem Aufbau ihrer Privatpraxis mehr Einsatz gewidmet als der Verbesserung der Zustände am Spital. Der eine Assistenzarzt war stark schwerhörig und konnte sich kaum mit geistig Normalen verständigen; eine Kommunikation mit den psychiatrischen Patienten wurde offenbar kaum versucht. Der andere Assistent, erst vor kurzem zugeteilt, war zum Glück ein aufrechter und

tatkräftiger junger Mohammedaner, der mir sehr loyal zur Seite stand und besonders in administrativen Belangen wertvolle Hilfe leistete.

Am „Medical College“ hatte ich bei meiner Ankunft vor einem Jahr einen jüngeren psychiatrisch ausgebildeten Kollegen, einen Sikh, der später „Assistant Professor“ wurde, und einen klinischen Psychologen, Kashmiri Pandit, angetroffen. Zusammen mit diesen beiden, die allerdings keinen übertriebenen Arbeitseifer zeigten, hatte ich es unternommen, die jeweiligen Unterassistenten und mit der Zeit auch zwei reguläre Assistenten in die psychiatrische Arbeit einzuführen. Mit der Zeit kam dann noch eine, vorläufig auch nur als Anfängerin von mir auszubildende, Sozialarbeiterin dazu. Wie ich selbst anfangs auch, teilten diese Mitarbeiter ihre Zeit zwischen „Mental Hospital“ und Allgemeinspital. Sie standen also an gewissen Tagen für das Ambulatorium zur Verfügung und konnten auch umschriebene klinische Aufgaben für die Spitalinsassen übernehmen, waren jedoch nicht für die dauernde Überwachung des Spitalbetriebes und vor allem auch nicht für Notfalldienst verfügbar.

An Pflegepersonal gab es anfangs nur 2 - 3 Krankenschwestern und 2 Pfleger. Die beiden letzteren hatten am „All India Institute of Mental Health“ in Südindien einen einjährigen Kurs in psychiatrischer Krankenpflege absolviert, fanden jedoch kaum Gelegenheit, das Gelernte nutzbringend anzuwenden. Der eine von ihnen war ein für diese Aufgabe ganz ungeeigneter schwächlicher und eingebildeter Typ. Zur Spezialausbildung war er vermutlich deshalb gesandt worden, weil ein Onkel in einem der Ministerien sich für ihn eingesetzt hatte. Die Hilfspfleger, die sogenannten „Nursing Orderlies“, waren ungelernte Leute mit einer selten mehr als 6 - 8-jährigen Schulbildung. Die Aufseherinnen für die Frauen konnten nicht einmal lesen und schreiben. Gerade unter diesen wenig geachteten und schlecht bezahlten Leuten gab es aber solche, die sich wirklich vorbildlich und mit echter menschlicher Sorge für die Patienten einsetzten.

Höher im Rang als die Hilfspfleger standen die sogenannten „warders“, d.h. die „Wärter“, deren Bezeichnung und Aufgabenkreis noch aus der Zeit stammte, als die Geistesgestörten im Gefängnis untergebracht waren. Von

diesen meist älteren Angestellten konnten wenigstens einige genügend lesen und schreiben, um an der Pforte die Eintragungen im „Wacht-Journal" zu besorgen, die über Ein- und Austritte von Patienten und die tägliche Bettenbelegung Auskunft geben sollten. Während meiner ganzen Tätigkeit am Spital versuchte ich immer wieder, den Behörden klar zu machen, dass es in einer psychiatrischen Klinik, welche sogar als akademische Lehrstätte dienen sollte, unpassend sei und wirklichen Fortschritt verhindere, wenn das medizinisch ungeschulte Wachtpersonal höher eingestuft und geachtet sei als die Hilfspfleger, welche die eigentliche pflegerische Arbeit leisteten. Es gelang mir jedoch nicht, diese Situation zu ändern.

Ferner gab es noch einen Laboranten und mehrere sogenannte „compounders". Diese waren eigentlich mehr oder weniger „Apothekergehilfen", wurden aber in ländlichen Gebieten oft auch als eine Art „Barfussärzte" eingesetzt. Im Spital hatten sie vor allem das Medikamentenlager zu verwalten und die Ausgabe der Medikamente an die Spitalinsassen, aber auch an die ambulanten Patienten zu besorgen. Ihre Stellung entsprach ungefähr derjenigen des ausgebildeten Pflegepersonals.

Ziemlich gross war der Stab der „sweepers", also die Reinigungsmannschaft, der es oblag, unter der Kontrolle eines „sanitary inspectors", eines „Hygienikers", nicht nur die Krankensäle und Latrinen, sondern auch die Ärztebüros, die Poliklinikräume sowie die administrativen Gebäudeteile, und vor allem auch den Garten und die unmittelbare Umgebung des Spitals sauber zu halten. Diese fast ausnahmslos analphabetischen Leute stammten aus einer speziellen Muslim Sippschaft, die sich entweder der Schusterei oder niedrigen Reinigungsarbeiten widmet. Der alte „jamadar" (so etwas wie ein „Feldweibel"), der im Ruf grosser Heiligkeit stand, war für die meisten unter ihnen nicht nur der „Chef", sondern auch der leibliche Vater, Schwiegervater, Onkel oder gar Grossvater. Die ganze Sippe versah ihre oft sehr unappetitliche Arbeit mit Schneid und bewundernswerter Fröhlichkeit. Dankbar waren sie mir dafür, dass ich versuchte, wo es nur anging, die hygienischen Einrichtungen zu verbessern oder oft erst zu schaffen, und so ihren Dienst zu erleichtern.

Ausserdem gab es natürlich auch Verwaltungspersonal, Küchenmannschaft, einen Elektriker, der zugleich als Schlosser funktionieren sollte, einen Schneider, einen Wäscher, einen Barbier und zwei Gärtner.

Schon an und für sich war dieser Personalbestand keineswegs genügend für die verschiedenen Aufgaben, besonders wenn man sich vor Augen hält, dass die einzelnen Arbeitsschichten jeweils nur 6 Stunden betrugen. Dazu kam aber noch die äusserst beliebte Einrichtung des „casual leave", d.h. des „Gelegenheitsurlaubes". Neben den regulären Ferien, die man meist über die Jahre hinweg zu längeren Urlaubsperioden anhäufte, hatte jedermann das Recht, unter kurzfristiger Abmeldung und ohne ausführliche Angabe eines Grundes, an 16 Tagen pro Jahr der Arbeit fern zu bleiben. Damit sollten vor allem auch Abwesenheiten während kurzer Erkrankungen gedeckt sein. Die meisten Angestellten machten aber davon für ganz banale Zwecke so ausgiebig als möglich Gebrauch. War zum Beispiel das Wetter einmal allzu kalt oder nass, so blieb man einfach daheim. Krankheit von Angehörigen, Begleitung eines Familienmitgliedes zu einer ärztlichen Untersuchung oder Besuch eines hospitalisierten Verwandten, Hochzeiten, unvorhergesehene Gäste von auswärts, dringende Haushaltgeschäfte mussten alle als Grund oder mindestens Vorwand für solche Frei-Tage herhalten. Eigentlich hätte man schon tags zuvor sich abmelden sollen, so dass die Dienstpläne entsprechend geändert werden konnten. Dies tat jedoch selten jemand. Man musste froh sein, wenn wenigstens am Tag selbst telephonisch, schriftlich oder auch nur mündlich auf irgendeinem Weg eine Abmeldung kam. So gab es also fast täglich unerwartete Ausfälle und somit meist Knappheit an Personal.

Obwohl es unter diesen ungefähr 80 Angestellten einige gütige, freundliche Leute gab, welche ihren Schützlingen mit wohlwollender Menschlichkeit begegneten, herrschte im allgemeinen doch ein sehr rauher Ton. Wenn über irgendeinen Vorfall berichtet wurde, bekam ich kaum je die Namen der betreffenden Patienten zu hören. Es hiess jeweils einfach, „ein Verrückter" - „koi mutth" - habe irgendetwas angestellt oder habe ein besonderes Bedürfnis. Noch nach mehreren Jahren konnte ich gelegentlich selbst sehen, wie Patienten in roher Weise herumgeschoben oder sogar

geschlagen wurden. Stellte man aber jemanden eines derartigen Vorfalls wegen zur Rede, so wurde prompt alles abgeleugnet, selbst wenn man wusste, dass ich selbst Augenzeuge gewesen war. Einmal erwischte ich eine ganze Gruppe von Angestellten während der Arbeitszeit in einem Estrich beim Kartenspiel, natürlich mit Geldeinsätzen. Auch dies wurde hartnäckig abgestritten. Die menschliche Sorge reichte nicht einmal so weit, dass man den anvertrauten Kranken wenigstens die ihnen zustehende Nahrung, Kleidung und Medikation voll zukommen liess. Man versuchte bei jeder Gelegenheit, sich auf Kosten der Patienten materielle Vorteile zu verschaffen. Erst allmählich kam ich hinter all die Schliche, die zu solchen Zwecken üblich waren. Darüber wird zum Teil später noch zu berichten sein.

Als eine der ersten Aufgaben wollte ich es deshalb unternehmen, die bisher fast anonym dahinvegetierenden chronischen Patienten, die sich am wenigsten für ihre Rechte selbst wehren konnten, persönlich kennen zu lernen und ihnen einigermassen wieder zu menschlicher Würde zu verhelfen. Ich fand dabei, dass über diese Dauer-Insassen kaum Krankengeschichten geführt worden waren. Zum Teil wusste man nicht einmal, welche Personalien zu welchem Patienten gehörten. Ihre Namen wurden kaum je gebraucht und, wenn schon, dann ganz aufs Geratewohl, so dass es zum Teil zu permanenten Verwechslungen kam.

Ungefähr die Hälfte der Patienten, die ich zu übernehmen hatte, war seit mehr als einem Jahr hospitalisiert, und eine kleinere Gruppe davon war bereits vor 12 Jahren vom Gefängnis übernommen worden. Viele von ihnen bekamen nie Besuch von ihren Angehörigen und man wusste kaum mehr, wo sie ursprünglich hergekommen waren. Zum Teil waren sie - vor allem die Hindus - 1947, bei der Trennung von Indien und Pakistan, als Flüchtlinge hieher gelangt oder aus ähnlichen Anstalten in Pakistan versetzt worden, sie hatten also ausserhalb unseres Spitals keine Heimat mehr.

Mit Hilfe der Assistenten, die ich aus dem „Medical College" mitgebracht hatte, versuchte ich, von diesen von Schmutz starrenden, meist nackten, nur in zerlumpte Wolldecken gehüllten Gestalten etwas über ihre Herkunft und die Gründe für ihre Hospitalisierung zu erfahren und gleichzeitig abzuschätzen, ob

noch irgendwelche Hoffnung auf eine Rehabilitierung bestehe. Solcher menschlicher Zuwendung ganz ungewohnt, versteckten sich einige bei unserem Nahen; andere rannten erschreckt davon; wieder andere brachen in Tränen aus, als sie freundliche Stimmen und ein besorgtes Fragen nach ihrem Wohl zu hören bekamen. Viele jedoch blieben einfach verschlossen, solch erstaunlichem Interesse nicht trauend oder vielleicht zu hoffnungslos, um die innerlich errichteten Schutz- und Trutz-Mauern nochmals abzubauen und dann vielleicht doch wieder enttäuscht zu werden. Noch heute erinnere ich mich an eine ganze Anzahl von ihnen, besonders natürlich an diejenigen, die in den folgenden Jahren weiterhin unter unserer Obhut blieben und die wir zum Teil wieder „ins Leben" zurück führen konnten.

Voraus zu schicken ist, dass die Namen von Patienten, die im folgenden gelegentlich verwendet werden, alle fiktiv sind. Obwohl nicht die geringste Wahrscheinlichkeit besteht, dass einer der Leser jemanden erkennen könnte, soll auf diese Weise doch formell das medizinische Geheimnis gewahrt werden. Was gelegentliche Altersangaben anbetrifft, so sind dies meist rohe Schätzungen, da analphabetische Kashmiris kaum je ihr Geburtsdatum angeben können.

Einer der Patienten, dessen Herkunft man nicht kannte, war der alte Shivraj, also ein Hindu, eine richtige Vagabundenfigur. Er war ständig damit beschäftigt, alles, was noch irgendwie von Nutzen sein konnte, zusammenzulesen: Fetzchen von Papier oder Stoff, Fadenresten, Nägel, Büchsen, Schnüre, Drahtstücklein und anderes mehr. Sorgfältig setzte er auf seine zerlumpten Kleidungsstücke immer wieder neue Flicken. Hatte er keine Nadel, so musste ein langer Dorn den Dienst versehen. Über seine Vergangenheit konnte er uns nichts erzählen. Aber er schien ein zufriedenes Gleichgewicht gefunden zu haben. Die Welt draussen, die ihn verstossen hatte, war ihm gleichgültig. Wenn er nur hier genug zu essen bekam, eine Ecke zum Schlafen fand und bei seinen Basteleien nicht gestört wurde, so war offenbar für ihn das Leben in Ordnung.

Ein anderer Hindu, der noch Reste menschlicher Würde bewahrt hatte, war der alte Shankaranand. Es hiess, er sei ein „heiliger Mann" gewesen. Er

sah meist gedrückt, traurig aus, so wie wenn er das Elend der ganzen Welt mitzutragen hätte. Von Zeit zu Zeit jedoch geriet er in Erregung und fluchte dann mit hassverzerrtem Gesicht in Richtung seiner eingebildeten Feinde. Schliesslich konnte er, da er sich mit zunehmendem Alter, und wohl auch unter der Wirkung von Medikamenten, zusehends beruhigt hatte, zu Verwandten in sein entferntes Dorf entlassen werden.

Dinanath, der grosse, hagere „Pandit" mit der eiförmigen Fettgeschwulst auf der Stirn hatte ebenfalls noch Verwandte, die sich jedoch schon jahrelang kaum mehr um ihn gekümmert hatten. Erst als er unter der neu verschriebenen Medikation etwas zugänglicher wurde, nahmen ihn Angehörige einmal einen Winter lang heim. Im Frühling, der Jahreszeit, zu welcher solche Patienten vom Wandertrieb übermannt werden, wurde er uns jedoch wieder gebracht, und zwar in Kauerstellung fixiert. Man hatte ihn offenbar einfach den ganzen Winter in einer Ecke auf dem Boden sitzen lassen, bis die Hüft- und Kniegelenke völlig versteift waren. Auch so noch konnte er sich in der Hocke recht flink umherbewegen. Wir entdeckten allmählich, dass er ein guter Trommler war. So wurde er zu einem der Hauptmitglieder unserer kleinen Musikgruppe, die sich fast täglich zur Beschäftigung und Unterhaltung der Patienten im Garten versammelte.

Besser erging es dem noch recht jungen Om Prakash, der einmal ein ziemlich erfolgreicher Student gewesen war, jetzt aber seit Jahren, meist nackt oder nur mit einer Wolldecke umhüllt, im Garten umher irrte und einen nur teilnahmslos, mit leerer Mimik, anstarrte, wenn man sich mit ihm in Beziehung setzen wollte. Als anfangs der Siebzigerjahre die Depot-Psychopharmaka eingeführt wurden und wir von der Vertriebsfirma in Indien gebeten wurden, an unseren chronischen Patienten damit erste Versuche anzustellen, war er unter denjenigen, die ganz erstaunlich auf diese neue Behandlung reagierten, ja sozusagen zu neuem Leben erwachten. Er konnte nach jahrelanger Hospitalisierung in gutem Zustand entlassen werden und nicht nur im Geschäft der Familie mithelfen, sondern auch Privatunterricht erteilen.

Es war mir, schon bevor ich nach Kashmir kam, klar geworden, dass man in einem Land wie Indien „chronisch" nie mit „unheilbar" verwechseln oder

gleichsetzen darf. Die Chancen, dass ein Geistesgestörter einer wirksamen Behandlung zugeführt wird, sind mancherorts auch heutzutage noch so gering, dass man hie und da in anscheinend hoffnungslosen „alten“ Fällen mit relativ geringem therapeutischem Aufwand erstaunliche Überraschungen erleben kann.

Eine rührende Figur war der sogenannte „Habscha“, ein schwachsinniger Mann mittleren Alters, der in seiner Hilflosigkeit viel jünger wirkte als er eigentlich war. Vermutlich war der sonst harmlose Bursche einmal in einem Erregungszustand von seiner Familie ins Spital „abgeschoben“ worden. Welches sein eigener Name war, wusste kaum jemand. Fragte man ihn danach, so bekam man als Antwort immer nur dieses „Habscha“ zu hören. Dies jedoch war der Name seines Bruders, „Habib Shah“, auf dessen Besuch der Patient jahrelang vergeblich wartete. Selbst gutmütig, aber ungeschickt, kam er später einmal einem erregten Mitpatienten in die Quere und starb an den dabei erlittenen Verletzungen. Es kam niemand, um ihn zu betrauern.

Die eindrücklichste Gestalt war wohl Karim, der schon seit Jahren, ja schon vor Eröffnung des Spitals, fast ständig eine Zelle bewohnt hatte. Er war ein grosser, schlanker Mann, der sich meist völlig nackt zeigte. Er sah nur mit einem Auge und hatte eine eigenartig gekrümmte Nase. Es hiess von ihm, er sei sehr gefährlich und habe vor seiner Internierung mehrere Leute umgebracht. Sein Name musste jeweils in einem Rapport genannt werden, den wir alljährlich der Regierung zu erstatten hatten über Geisteskranke, die möglicherweise eine Gefahr für die Sicherheit des „Prime Minister“ und anderer hochgestellter Persönlichkeiten bedeuten könnten. Aus diesem Grunde wagte man es nicht, ihn aus der Zelle frei zu lassen. Wenn man sich ihm dort, durch die Gitterstäbe getrennt, näherte, benahm er sich zwar in recht liebenswürdiger Weise, indem er sich regelmässig erkundigte - wie dies in Kashmir der Anstand verlangt -, ob man auch recht gegessen habe. Unter dem Schutze von Depot-Psychopharmaka wagten wir es später, ihn tagsüber in den Zellenhof oder sogar in den Garten hinaus zu lassen. Dies ging jeweils einige Zeit ganz gut; er konnte sogar mit Mitpatienten ausgesprochen freundlich, ja sogar zärtlich sein. Plötzlich jedoch, vermutlich auf Befehl von „Stimmen“, die

er hörte, schlug er jeweils mit grosser Kraft blindlings drein, um nachher selbst bestürzt und beschämt zu sein über das, was er angerichtet hatte.

Einmal, als Karim gemäss den Angaben seiner spärlichen Krankengeschichte bereits seit mindestens 16 Jahren hospitalisiert gewesen war, erschien ein älterer Mann mit einem Burschen, um ihn zu besuchen. Da dies seit vielen Jahren der erste Besuch war, erkundigte ich mich zuerst über die Herkunft und das Vorhaben der beiden Leute. Ich erfuhr dann, dass der junge Bursche Karims einziger Sohn war, der zur Zeit der Internierung seines Vaters erst wenige Monate alt gewesen war. Jetzt war er, in sehr jungem Alter, mit der Tochter seines Begleiters verheiratet worden, und der Schwiegervater wollte die Besitzurkunde für das Land, welches dem Patienten gehörte, in Ordnung bringen. Von uns brauchte man eine Bescheinigung, dass der Vater des Jungen nicht fähig sei, seinen Besitz selbst zu verwalten und somit die Besitzrechte auf den Sohn übertragen werden sollten. Gleichzeitig wollte natürlich der Junge diese Gelegenheit benützen, um endlich einmal seinen Vater kennen zu lernen.

Es spielte sich dann im kahlen Zellenhof eine rührende Szene ab. Als Karim mitgeteilt wurde, dies sei sein Sohn, begrüsste er ihn sehr zärtlich. Der Junge brach in Tränen aus; der „verrückte" Vater tröstete ihn liebevoll und schob ihm Stücke der Brötlein in den Mund, welche die beiden Besucher für den Patienten mitgebracht hatten. Karim war offensichtlich erschüttert, liess sich aber vorsichtigerweise nicht allzusehr zu Hoffnungen hinreissen. Der Bursche kam noch zwei- oder dreimal, bis die rechtliche Angelegenheit betreffend seinen Besitz mit Hilfe unseres Zeugnisses in Ordnung war. Dann blieb Karim wieder ohne Besuch.

Übrigens erfuhren wir vom Schwiegervater des Sohnes, dass Karim zwar nie jemanden getötet hatte, jedoch, ähnlich wie er dies auch bei uns gelegentlich tat, manchmal plötzlich bedrohlich geworden sei. Hätte man damals, als er ins Gefängnis in Gewahrsam gebracht wurde, bereits über die modernen Psychopharmaka verfügt, so hätte man diesen Mann wohl in kurzer Zeit von seinem schizophrenen Schub heilen und rehabilitieren können. Wie ich inzwischen erfahren habe, gelang es ihm später, aus dem Spital zu entweichen,

und er ist seither verschollen geblieben.

Etwas unheimlich erschien einem auf den ersten Blick Tsering, ein stämmiger, ungeschlachter Buddhist aus Ladakh. Es hiess von ihm, er sei ein Menschenfresser, und wenn man seine mächtig herausstehenden Eckzähne ansah, die einen an die Bilder der „zornigen Gottheiten“ in tibetischen Tempeln erinnerten, konnte man dies leicht glauben. Tatsächlich war er jedoch recht gutmütig und, da niemand seine Sprache verstand und selten einmal andere Patienten aus Ladakh vorübergehend hospitalisiert wurden, recht hilflos und verloren. Nach Jahren trug er immer noch sein nach buddhistischer Art seitlich geschlossenes, handgewobenes wollenes Gewand. Es starrte von Dreck und Ungeziefer. Für ihn jedoch bedeutete es wohl die letzte Verbindung mit der verlorenen Heimat, seine „Identität“. Mir selbst war dies sehr klar und, für einmal die Erfordernisse der Hygiene in den Hintergrund schiebend, gab ich Befehl, sorgfältig darauf zu achten, dass ihm dieses Kleidungsstück erhalten bleibe. Einmal jedoch, während meiner Abwesenheit, nahmen sich die inzwischen von mir gezüchteten Reinlichkeitsfanatiker seiner an. Entgegen meiner Warnung entrissen sie dem widerstrebenden Tsering sein Gewand und verbrannten es sofort. Als ich zurück kam, fand ich einen zwar sauberen und frisch gekleideten, aber völlig verstörten und traurigen Ladakhi. Ich befahl sofort dem Anstalts-Schneider, ein Gewand nach buddhistischem Schnitt zu nähen. Dies geschah auch; aber es genügte nicht. Ohne seine heimatliche Hülle schwand Tsering einfach still und traurig dahin und wurde eines Morgens tot auf seinem Lager aufgefunden.

Am eindrücklichsten in Erinnerung blieb mir die erste Untersuchung und Befragung von Nazir, einem schüchternen, ängstlich aussehenden Muslim mittleren Alters, der ebenfalls schon viele Jahre in einer Zelle verbracht hatte. Sein Gesichtsausdruck erinnerte an das überwältigte Staunen eines Kindes, für das die Welt noch zu gross ist. Er hielt sich denn auch gerne ans Kleine und Kleinste. Er hatte die Gewohnheit, vom Boden ganz winzige Dinge, zum Beispiel ein Blütenblatt, ein Steinchen, eine Ameise oder auch nur ein Krümchen Erde aufzuheben, sie auf seinem Handteller eingehend zu betrachten und in leisen, zärtlichen Tönen entweder mit diesen

Miniaturobjekten zu reden oder, falls jemand sich dafür interessierte, anderen darüber zu berichten. Man hatte den Eindruck, einen sehr sensiblen Menschen vor sich zu haben, den das Leben wohl allzu hart angefasst hatte. Auch über seine Vergangenheit und die Umstände seiner Einweisung wusste man kaum etwas.

Als ich mit ihm eine Beziehung anbahnen wollte, indem ich mich in besorgtem Ton über die Gründe seines Hierseins erkundigte, suchte er zuerst erschreckt das Weite. Erst als ich ihn bei einem zweiten Versuch daraufhin ansprach, dass er doch auch ein Mensch und einst das Kind einer Mutter gewesen sei, liess er sich zögernd zu einem Gespräch herbei. Dafür jedoch benötigte ich die Hilfe meiner jungen Assistenten als Dolmetscher. Ich selbst konnte zwar Urdu, die Schriftsprache in Kashmir, fliessend reden und verstehen; hingegen war mir die Kashmiri Umgangssprache nur wenig bekannt. Meine Gehilfen, welche die Aussagen des Patienten für mich übersetzen sollten, erklärten mir aber nach kurzem Anhören verächtlich, der Mann rede nur „dummes, irrelevantes Zeug". Ich bestand darauf zu wissen, was er sage. Wie schon oft, erklärte ich wieder einmal, nichts von dem, was ein psychiatrischer Patient äussere, sei wirklich „irrelevant". „Irrelevant" heisse wörtlich „etwas, das nichts hervor- oder heraushebt". Was ein Patient spreche, wolle jedoch immer etwas aus dem Dunkel des Schweigens oder des Nichtverstandenwerdens herausheben, wenn es auch nicht das sei, was wir unsererseits von ihm erwarteten. Darauf hiess es, immer noch in gleichgültigem, leicht ungeduldigem Ton: „Ach, er redet nur von einem abgehauenen Baum."

„Aber seht ihr denn nicht, dass er damit vielleicht von seinem eigenen verfehlten Leben redet?" fragte ich meine Gehilfen. Achselzuckend belächelten sie meine Weisheit, und keiner war bereit, das Thema weiter zu verfolgen. Nun griff ich zum Schreibstift und zeichnete auf meinem Notizblock das Bild eines Baumstumpfes (Fig. 2). Nazir verstand offensichtlich, dass dies eine Darstellung des von ihm Gesagten sein sollte und nickte zustimmend. Dann liess ich von der Schnittfläche des Stumpfes aus der Rindenzone heraus neue Zweiglein spriessen und, darauf deutend, fragte ich - nun wieder mit der Hilfe

der Dolmetscher, welche doch einzusehen begannen, dass vielleicht nicht alles einfach Unsinn sei -, ob es denn nicht möglich wäre, dass auch bei ihm wieder Neues wachsen könne. Nazir schüttelte mit trauriger Miene verneinend seinen Kopf. „Ja, was hätte denn dieser Baum für Früchte getragen, wenn er nicht vorzeitig abgeschnitten worden wäre?" wollte ich nun wissen. Die Antwort, die wir darauf erhielten, machte auch meinen ungläubigen Gehilfen tiefen Eindruck: „Schlangen, Spinnen, Skorpione wären darauf gewachsen", hiess es.

„Seht Ihr", so erklärte ich nun meinen Assistenten, „es mag sein, dass ein Mensch sozusagen sich selbst opfert und „verrückt" wird, um zu vermeiden, dass er anstatt dessen „böse" oder sogar „kriminell" wird." Auf englisch tönte dies natürlich viel besser, da die beiden Möglichkeiten, „verrückt" oder „böse" in Form von „mad or bad" sich in aller Kürze sehr prägnant gegenüber stellen lassen.

Unter den Frauen gab es nur eine, die schon viele Jahre im Spital verbracht hatte: die alte Kothini (Abb. 5). Sie spielte sich sozusagen als „die grosse Mutter" oder vielleicht eher „Schwiegermutter", also als Oberhaupt der Frauengemächer, auf. Ihr charaktervolles, sonnverbranntes Gesicht war von kurzgeschnittenen weissen Locken umrahmt. Ihre strenge Kritik und ihren sarkastischen Humor bekamen nicht nur die Mitpatientinnen zu spüren, sondern auch wir Ärzte bei der täglichen Visite. Besonders auf die jüngsten Assistenten hatte sie es jeweils abgesehen. Mit abschätziger Miene und gelegentlich mit unmissverständlichen Gebärden machte sie anzügliche Bemerkungen über deren vermutliche „Männlichkeit" oder modische Kleidung. „War nicht Adam nackt?" spottete sie einmal über einen elegant angezogenen Unterassistenten, mit ihren Gebärden sein selbstgefälliges, leicht manieriertes Benehmen meisterhaft nachahmend.

Einmal liess sie sich von ihren Angehörigen, die sie noch gelegentlich besuchten, dazu überreden, für einige Zeit nach Hause zu kommen. Schon nach wenigen Tagen kehrte sie auf eigenen Wunsch und mit einem Seufzer der Erleichterung zu uns zurück. Empört berichtete sie uns, das sei doch keine Liebe, was ihr diese sogenannten Verwandten erwiesen hätten. Sie habe nur ein paarmal im tiefen Schlaf nachts das Bett genässt - und deswegen habe

man sich erlaubt, ihr Vorwürfe zu machen! Offensichtlich hatte sie „daheim" die im Spital ihr zukommende Stellung als „Familienälteste" nicht behaupten können. Dass sie unsere Zuwendung als liebevoller empfand, bezeugte sie mir und der Sozialarbeiterin mit einer herzlichen Umarmung.

Solche Liebesbezeugungen waren übrigens keineswegs eine Seltenheit. Die Männer beschränkten sich darauf, als Zeichen der Verehrung und Zuneigung meine Beine zu massieren. Dies ist in Indien ein Dienst, den sogar der Ärmste seinem Mitmenschen leisten kann und zu dem in einer Familie die jüngeren Mitglieder älteren Leuten gegenüber verpflichtet sind. Die Frauen jedoch hatten keinerlei Hemmungen im Ausdruck ihrer dankbaren und zärtlichen Gefühle. Einmal trug ich sogar eine Rippenquetschung davon, als mich eine alte Hirtin allzu stürmisch an ihr Herz drückte!

Nachdem es mir gelungen war, etwas von diesem menschlichen Geiste überall im Spital fühlbar zu machen, zeigten sich ausländische Besucher, besonders amerikanische Kollegen, oft sehr verwundert, wenn sie beobachten konnten, wie freundlich und herzlich in unserem Spital die Beziehungen zwischen Patienten und Ärzten, zum Teil auch dem Pflegepersonal waren. „So etwas haben wir noch nie gesehen", hiess es jeweils. „Bei uns rennen in einer psychiatrischen Klinik beim Eintritt eines Arztes die meisten Patienten davon oder versuchen, sich zu verstecken. Und hier kommen sie auf Euch zu und umarmen Euch!" Sie merkten jeweils, dass unser Spital, obwohl es in bezug auf technische Einrichtungen, Ausbildungsstand des Personals und zur Verfügung stehende Medikamente im Vergleich mit westlichen Kliniken lächerlich dürftig dastand, doch etwas zu bieten hatte, das dort verkümmert war.

Von den ungefähr 50 „Dauerpatienten", die ich bei meinem Antritt übernommen hatte und über die ich in den folgenden Jahren immer gesondert Statistik führte, waren nach fast 10 Jahren nur noch 6 permanent im Spital zu finden. Einige waren gestorben, andere waren entwichen; eine gute Anzahl jedoch konnte mit Hilfe der Psychopharmaka, insbesondere der Depot-Injektionen, so weit rehabilitiert werden, dass sie entweder wieder dauernd im Leben „draussen" eingegliedert werden oder mindestens zwischen erneuten

kurzen Spitalaufenthalten immer wieder längere Zeitspannen daheim verbringen konnten. Der Prozentsatz der Patienten, die jeweils seit mehr als einem Jahr dauernd hospitalisiert gewesen waren, stellte sich so auf ungefähr 20 % ein. Auch unter diesem Restbestand der „Chronischen" gab es Leute, die eigentlich ganz gut in einigermassen wohlwollender und geschützter Umgebung ausserhalb des Spitals hätten leben können. Ihre Angehörigen hatten sie jedoch „abgeschrieben", und Wohnheime oder geschützte Werkstätten für entlassene Patienten gab es natürlich nicht.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer neu eingetretener Patienten betrug schliesslich nur noch 4 - 6 Wochen. Für viele diente die vorübergehende Aufnahme ins Spital lediglich zur Krisenintervention und zur Einstellung auf eine geeignete medikamentöse Behandlung, die dann ambulant weiter geführt werden konnte. Um den Angehörigen die Sicherheit zu geben, dass ein Patient jederzeit bei Nichtbewährung oder bei Verschlimmerung des Zustandes ohne Formalitäten wieder zu uns gebracht werden konnte, führten wir ein sehr freiheitliches System der vorläufigen Beurlaubung oder „Entlassung auf Probe" ein. So brachte ich es mit der Zeit fertig, die Bettenbelegung im Jahresdurchschnitt auf 85 - 90 % zu reduzieren.

Die Elemente

In einem Bericht über eine moderne psychiatrische Klinik im Westen würde es wohl kaum jemandem einfallen, sich auf die Elemente der Natur - Luft, Erde, Wasser und Feuer - zu besinnen. Man ist dort zu weit entfernt davon. Die Luft im Innern der Gebäude ist vielfach bereits künstlich klimatisiert, während man draussen riskiert, von Fabrik-Kaminen, nahen Autobahnen oder auch nur Stadtstrassen und noch anderen Zivilisationsseuchen verunreinigte Luft zu atmen. Die Erde bekommen am ehesten noch diejenigen mit ihren Händen und Füssen zu spüren, welche das Glück haben, für die Arbeitstherapie der Gärtnerei zugeteilt zu werden, vielleicht auch noch in Form von Ton diejenigen, die im kunstgewerblichen

Atelier sich mit Töpferei und Modellieren beschäftigen. Das Wasser, das nach Belieben kalt oder warm und natürlich einwandfrei sauber aus den Leitungen fliesst, ist eine Selbstverständlichkeit; und nach „Feuer" fragt man wohl nur, wenn man eine Zigarette anzünden möchte. Und doch kann die Berührung mit der Natur, mit ihren elementarsten Kräften, gerade für psychiatrische Patienten so wichtig und heilsam sein! Eine indische Patientin in New Delhi, die jedoch auf dem Lande aufgewachsen war, sagte mir einmal: „Es gibt Zeiten, in denen alles, und vor allem jeglicher menschliche Kontakt, vergiftet zu sein scheint. Nur Erde, Himmel, Wind, Bäume, Blumen, Berge haben dann noch gesunde, wohltuende Wirkung. Und gerade von diesen schneidet man uns ab, wenn man uns in eine psychiatrische Klinik steckt!"

In unserem Spital in Srinagar war man den Elementen noch sehr frei ausgesetzt, ja man lebte wirklich mit ihnen und durch sie, gerade so wie unsere Patienten dies daheim in ihren Dörfern noch gewohnt waren.

Dass unsere Patienten sich ausser nachts selten in den Krankensälen aufhielten, ist bereits erwähnt worden. Nachdem am Morgen die Türen geöffnet wurden, spielte sich eigentlich der ganze Tageslauf draussen an der frischen Luft ab, entweder im Garten oder bei Regenwetter auf den gedeckten Galerien (Abb. 4). Selbst die Mahlzeiten wurden meist ausserhalb des Speisesaals im Freien eingenommen. Da draussen vor der Stadt, in der Nähe des Sees, war die Luft auch tatsächlich noch rein. Üble Gerüche gab es zwar bisweilen, wie dies überall der Fall ist, wo in der Nähe Landwirtschaft getrieben wird. Aber die Verunreinigungen waren feststellbar und man wusste, woher sie kamen und dass sie nicht andauern würden.

Ursprünglich waren die Krankensäle mit Fensterscheiben versehen. Bei meinem Antritt fand ich jedoch die meisten davon zerbrochen. Die nützliche Schutzwirkung war also minimal, die Gefahr von Verletzungen hingegen beträchtlich. Da die Säle ohnehin nur zum Schlafen benützt wurden und es nie jemandem von unseren ja meist analphabetischen Patienten eingefallen wäre, dort etwas lesen zu wollen, schlug ich vor, diese Glasfenster ganz zu entfernen und durch solide hölzerne Läden zu ersetzen. Zwecks Lüftung sollten sie - wie dies übrigens auch in den meisten alten Kashmiri Wohnhäusern der Fall ist - im

oberen Teil je eine kleine mit Drahtgitter bespannte Lücke haben. Im Sommer wurden diese Läden, wenigstens auf der Seite gegen den Spitalgarten zu, offen gelassen; im Winter konnten sie zum Schutz gegen die Kälte geschlossen werden. Auf der Aussenseite der Räume blieben sie meist zugenagelt, um zu verhindern, dass unberufene Gaffer ihre Neugier zu befriedigen suchten oder sogar in verantwortungsloser Weise den Patienten Zigaretten und Zündhölzer zusteckten. Dass alle Fenster zusätzlich nicht nur mit Mückengittern, sondern auch noch mit Eisenstäben gesichert waren, empfand kaum jemand als menschenunwürdige Freiheitseinschränkung. Nicht nur in Kashmir, sondern auch in den meisten anderen Teilen Indiens ist ein solcher Schutz nicht nur üblich, sondern auch heutzutage noch, im Hinblick auf Diebe, Raubgesindel und auch wilde Tiere, sehr nötig. Auch in meiner Wohnung waren diese Gitterstäbe eine Selbstverständlichkeit.

So wurden auch die Gittertüren, welche die Zellen abschlossen, weder von ihren Insassen noch von den Angestellten oder Besuchern als etwas Unzumutbares oder gar als Quälerei empfunden (Abb. Buchumschlag). Von westlichen Ideen beeinflusste indische Kollegen aus modernen psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinspitälern machten mir gelegentlich Vorwürfe oder liessen mich wegen dieser „mittelalterlichen Grausamkeit" ihre Missachtung spüren. Dem war entgegen zu halten, dass für die meisten unserer Patienten eine Isolierung in einem völlig geschlossenen Raum, ohne Möglichkeit, mit anderen Menschen in Kontakt zu stehen, etwas äusserst Beängstigendes gewesen wäre. Die Gitter erlaubten ihnen nicht nur zu sehen und zu hören, was draussen vorging, sondern auch andere Patienten oder Angestellte, die sich ihnen näherten, zu berühren oder sogar kleine Gaben auszutauschen. Viele unserer Patienten betrachteten offenbar - gerade wie man dies bei Tieren in einem zoologischen Garten annimmt - ihre Zellen nicht oder nicht nur als Freiheitseinschränkung, sondern im Gegenteil als Schutz. Leerstehende Zellen, deren Türen offen standen, wurden oft von Patienten absichtlich aufgesucht, um dort Ruhe und Geborgenheit zu geniessen.

Man wird sich vielleicht in Zukunft einmal fragen - oder man kann dies schon heute ganz berechtigterweise tun -, ob ein solches Einschliessen hinter

Gittern, welches Kommunikation mit der Aussenwelt erlaubt, nicht menschlicher sei, als die Isolierung in einem noch so gut ausgestatteten „Einzelzimmer", in dem man nie sicher ist, ob durch das unheimliche „Glasauge" in der Türe nicht jemand gerade hereinspäht. Vor allem ist es vielleicht auch freiheitlicher als die im Westen übliche Unterdrückung aller Gefühle, aller geistigen und körperlichen Regsamkeit durch ungeheure Dosen von Psychopharmaka, welche von vielen Patienten als grausame Fesseln empfunden und oft abgelehnt werden.

Auch wenn unser Budget es erlaubt hätte, Psychopharmaka in so hoher Dosierung zu verabreichen, wäre dies nicht zu empfehlen gewesen: Viele unserer Patienten waren, wenn sie bei uns eingewiesen wurden, in schlechtem Allgemeinzustand und reagierten auf solche Medikamente oft ganz plötzlich mit gefährlichen Nebenwirkungen. Ausserdem waren weder die Patienten selbst fähig, über ihre körperlichen Empfindungen und deren Störungen in verständlicher Weise zu berichten, noch unsere Angestellten genügend geschult und auch sorgfältig, um wachsam zu beobachten und alarmierende Erscheinungen in Form von Nebenwirkungen und Komplikationen rechtzeitig zu melden. Relativ niedrige Dosierung der Psychopharmaka und grösstmöglicher Kontakt zwischen Patienten und Personal bot also schon deshalb die beste Garantie gegen unliebsame Zwischenfälle.

Es gab jedoch noch einen weiteren Grund, warum auch ich, mit meiner westlichen Ausbildung in Psychiatrie, nach anfänglichem Befremden kaum mehr Anstoss daran nahm, dass gewisse Patienten zeitweise in Zellen in Gewahrsam gehalten werden mussten. Im Westen erwartet man bei psychiatrischen Patienten, insbesondere bei Schizophrenen, dass sich die Krankheitserscheinungen vor allem im Bereich des Denkens, dann auch des Redens, jedoch nur in ganz akuten und schweren Fällen auch in gewalttätigem oder mindestens unvernünftigem Handeln äussern. Bei geistig weniger entwickelten Menschen ist es offenbar üblich, dass man nicht, oder nicht nur, „irr denkt oder redet", sondern dass man gleich gesamthaft, sozusagen mit seiner ganzen Psychomotorik, „in die Irre geht". Man „irrt" tatsächlich im Dorf oder im Lande herum, ist also buchstäblich „aus dem Häuschen". Man mag

Brauch und Sitten der Gesellschaft so weit beiseite schieben, dass man seine Kleider wegwirft und nackt umherstreift; man verschafft seinen feindseligen Gefühlen und zerstörerischen Neigungen durch tätliche Angriffe, Brandstiftungen und andere gewaltsame Handlungen Abfluss. Da ist natürlich eine Einschränkung der Bewegungs- und Handlungsfreiheit nicht nur zum Schutze der Umgebung, sondern auch im Interesse der Kranken selbst geboten. Meist findet man nämlich, dass der so ausser Rand und Band Geratene, wenn er wieder ein wenig bei Sinnen ist, über das, was er angerichtet hat selbst erschrickt. Scham und Furcht vor Vergeltung treiben ihn dann möglicherweise tiefer in die Psychose hinein, in der man der Verantwortung für sein Tun enthoben ist und wohl auch dem Ruf des eigenen Gewissens entfliehen kann. Es scheint mir, dass gewisse Praktiken traditioneller Heilkünstler, welche dem westlichen Beobachter vielleicht grausam vorkommen, darauf aus sind, gerade dieses Risiko einer sekundären Flucht in die Krankheit zu verhindern; dem Kranken wird Gelegenheit geboten, eine Art „Sühne" zu erleiden. Gleichzeitig wird er wieder in die Gesellschaft zurückgeführt und eingeordnet, indem die Schuld am Geschehen nicht ihm, sondern einem „Geist" zugeschoben wird, der dann unter eindrücklichen Zeremonien ausgetrieben wird.

All diese Überlegungen hinderten mich natürlich nicht daran, streng darüber zu wachen, dass nie ein Patient ohne dringende Notwendigkeit in einer Zelle eingeschlossen gehalten wurde, noch an meinen Bemühungen, mit der Zeit die Zellen hygienischer und bequemer zu gestalten.

Als Alternative zum Einsperren wurden gelegentlich noch Ketten verwendet, mit denen manchmal die Patienten bereits von ihren Angehörigen gefesselt worden waren. Dies war nun etwas, das ich selbst als noch viel menschenunwürdiger betrachtete als die Isolierung. So viel ich jedoch dagegen ankämpfte, brachte ich es nicht fertig, die Angestellten zum Verzicht darauf zu bringen. Es waren besonders fluchtgefährliche Patienten, die man durch Anketten, nachts am Bett, tagsüber an einem Stützpfosten der Terrasse, zu sichern suchte. Etwas grössere Bewegungsfreiheit war gewährt, wenn zwei Patienten an je einem Fuss oder Handgelenk aneinander gekettet wurden,

vorausgesetzt man wählte das Paar so aus, dass die beiden nicht in verschiedenen Richtungen zogen und miteinander in Streit gerieten. Sie konnten dann zusammen im ganzen Spitalareal umherspazieren, waren jedoch am raschen Entweichen gehindert. Meine Unfähigkeit, diesen Schandfleck vom Bilde unseres Spitals auszumerzen, liess mich immer wieder in aller Bescheidenheit spüren, dass man im Verfolgen hoher Ideale nicht über die Einschränkungen hinaus kommen kann, welche einem Dummheit, Trägheit und Selbstsucht der Mitmenschen auferlegen.

Im Einklang mit dieser Freiluft-Atmosphäre unseres Spitals stand auch die Tatsache, dass unsere Poliklinik, wann immer das Wetter es erlaubte - und das war oft bis weit in den Winter hinein der Fall -, draussen im Garten abgehalten wurde. Dadurch fühlte sich, ausser mir selbst in den ersten Zeiten, niemand in seinem Bedürfnis nach Privatsphäre beeinträchtigt. Man ist in Kashmir gewohnt, dass alles öffentlich vor sich geht. Seine Krankengeschichte in Hörweite oder sogar unter reger Anteilnahme anderer Patienten und Angehöriger zu erzählen, ist viel weniger bedrohlich als allein unter vier Augen mit einem Arzt sprechen zu müssen.

* * *

An Gelegenheit zur Berührung mit der Erde, besonders auch in jener Form, die man gemeinhin „Dreck“ nennt, fehlte es in unserem Spital niemandem. Die meisten hospitalisierten Patienten stammten aus Dörfern und aus bäuerlichem Milieu. Ihre rauhen, zerfurchten Hände und oft blossen Füsse zeugten von harter Arbeit bei jeder Witterung. Für ihre Rehabilitation wäre eine Beschäftigung mit landwirtschaftlicher Arbeit das Ideale gewesen. Die Gartenarbeit, für die sich immer Freiwillige meldeten, bot jedoch nicht genügend Möglichkeiten dafür. Land wäre zwar rings um das Spital reichlich vorhanden gewesen; es war aber nicht eingezäunt und konnte deshalb nicht bebaut werden. Jahrelang bestand ich darauf, dass eine Umfassungsmauer dringend notwendig sei, und zwar nicht um das Entweichen unserer Patienten

zu verhindern, sondern um ihnen und dem zum Spital gehörenden Land den nötigen Schutz vor Eindringlingen aller Art zu gewähren. Schliesslich wurde der Kredit für die Mauer gewährt, und sie wurde auch tatsächlich errichtet - unter grossem Protest von Seiten unserer Nachbarn, die so ihre „Allmend" verloren! - Die Bebauung des Landes mit Gemüse, eventuell auch Heilpflanzen, die dort prächtig hätten gedeihen können, erlebte ich nicht mehr, da weder für die zusätzliche Wasserversorgung noch für das nötige Personal die vorgeschlagenen Budgetposten bewilligt wurden.

Ausserhalb dieses kompakten, mit der Zeit also eingemauerten Bezirkes unmittelbar um das Spital herum, besassen wir jenseits eines kleinen Strässleins, das zum See hinunter führt, noch ein ziemlich grosses Stück Land, auf dem knorrige alte Mandelbäume wuchsen. Zu ernten gab es wenig. Die Bäume, die wohl zum grössten Teil schon ihr bestes Alter hinter sich hatten, wurden kaum gepflegt. Zeigten sie jedoch durch einigen Blütenschmuck an, dass etwas zu holen sein werde, so machten sich die Buben der Nachbarschaft schon dahinter, wenn die Früchte noch ganz klein und steinhart waren. Das jährliche Aufgebot für eine Versteigerung des Ertrages, das wir jeweils bereits zur Blütezeit zu publizieren hatten, fand deshalb nur selten Interessenten und brachte uns nur eine recht bescheidene Summe ein. Ich entdeckte jedoch, dass uns dieser Obstgarten wenigstens in einer Beziehung von Nutzen sein konnte:

Alljährlich zur Zeit der Mandelblüte, also im März, wenn es in Kashmir schon recht angenehm warm sein kann, pilgert die ganze Bevölkerung der Stadt in die Gärten am Fusse des Burghügels hinaus. Unter den über und über mit duftenden rosa und weissen Blüten besetzten Bäumen lagert man sich zum Picnic (Abb. 6). In riesigen Samovars wird Tee mitgebracht; dazu gibt es Brötchen und geröstete Wasserkastanien. Leider gehörte offenbar traditionsgemäss zu diesem Vergnügen auch, dass man versuchte, sich am Anblick unserer Patienten im am Wege liegenden „Mental Hospital" zu ergötzen. Zeitweise wurden wir regelrecht belagert und bestürmt. Wurde die Eingangstür geschlossen und der Blick in die Krankensäle durch die bereits erwähnten Holzläden versperrt, so stieg man einfach frech auf die Dächer und

Mauern. Unsere Patienten und auch die Angestellten - ich sogar im Garten meiner Wohnung, der natürlich auch nicht von den unverschämten Eindringlingen verschont wurde - waren einfach hilflos der Neugier, dem Spott und gelegentlich sogar dem Steinewerfen dieser unbändigen Menge ausgesetzt. Nachdem ich diese unwürdige Szene ein paarmal miterlebt hatte, verlangte ich jeweils für diese Zeit speziellen Polizeischutz. Aber auch die Hüter des Gesetzes konnten sich nicht immer genügend des übermütigen Volkes erwehren.

Schliesslich fand ich, wenn schon unsere Patienten infolge dieses Mandelblütenfestes so zu leiden hatten, sie wenigstens auch einen Vorteil davon haben sollten. Wir organisierten also, jeweils an einem stillen Vormittag, auch für unsere Kranken ein Picnic im Mandelgarten. Die Extra-Ausgaben für Brötchen und Wasserkastanien wurden aus meinem Spezialfonds bestritten, der immer wieder durch gütige Gaben aus der Schweiz aufgefüllt wurde. Für manche unserer chronischen Patienten war dieser kleine Ausflug seit Jahren die erste Gelegenheit, wieder einmal die Welt ausserhalb der Spitalmauern zu sehen. Vom Platze, an dem man sich gewöhnlich im Grase lagerte, hatte man einen prächtigen Blick auf die nahen Seen und die dahinter liegenden, noch schneebedeckten Berge. Ringsum summten die Bienen im Blütenmeer. Man konnte wieder einmal das Gefühl haben, „gerade wie andere Leute“ zu sein und an ihren Freuden teilzuhaben.

Als dieses Experiment zur Zufriedenheit aller Beteiligten gelang, wagten wir es, mit unseren Patienten, wenigstens denjenigen, deren Benehmen nicht allzu auffällig war, auch weitere Ausflüge zu planen. Wiederum dank den Gaben aus der Schweiz wurden alljährlich zwei Autobusse gemietet, mit denen eine mehrstündige Fahrt um die Seen, in die berühmten „Moghul-Gärten“ oder in die oberen Teile des Tales unternommen wurde, natürlich wiederum verbunden mit einem Imbiss im Freien. Es war eine Freude, jeweils bei der Rückkehr die strahlenden Gesichter unserer Patienten zu sehen und ihre begeisterten Berichte über das Erlebte zu hören. Unangenehme Zwischenfälle gab es dabei nie. Ich jedoch, als grosszügige Spenderin, oder mindestens als Vermittlerin der Spenden, bekam als Kommentar zu hören, dass dies meinerseits nur ein

Versuch sei, die Behörden und die Bevölkerung günstig zu stimmen, damit auch sicher mein Vertrag wieder verlängert werde! Dieser armselige Vertrag, der einmal einen Schweizer Journalisten dazu veranlasste, in einer Reportage über meine Arbeit zwar wahrheitsgetreu, aber sehr geschmacklos, in einer Schlagzeile mich als „die schlechtest bezahlte Frau der Schweiz" zu betiteln!

Dass sich uns die Erde nicht immer in all der in Kashmir so vielgerühmten, blütenreichen Schönheit darbot, sondern alltäglich zumeist auch in Form von Dreck, Kot und Ungeziefer, habe ich bereits angedeutet. In der Altstadt sind offene Abwasserkanäle oder besser Rinnen, die menschliche und tierische Exkremente mitführen - oder im Gegenteil stagnierend liegen lassen! -, ein gewohnter Anblick. Man bemerkt sie kaum mehr. Nur jeweils bei der Rückkehr nach einem Urlaub in der Schweiz fielen mir die üblen Gerüche wieder auf.

Noch schlimmer hätte es natürlich in unserem Spital aussehen können, wo die Patienten - meist schon von daheim her gewohnt, ihre Bedürfnisse einfach in freier Natur zu verrichten - in der Krankheit noch jeglichen Sinn für Ordnung und Reinlichkeit verloren hatten. Zum Glück setzte sich unsere Reinigungsmannschaft mit bewundernswertem Eifer dafür ein, dass man auch im Garten nicht allzu oft das Unglück hatte, unversehens auf etwas Unsauberem auszurutschen.

Am schlimmsten war jeweils der „Dreck" nach langen Regen- oder Schneeperioden. Die lehmige Erde wird dann auch auf den Strassen zu einem schlüpfrigen, sumpfigen Morast, in welchem die Füsse leicht den Halt verlieren. Ich erlitt bei derartigen Stürzen mehrmals Verletzungen. Bei einer Gelegenheit war es hauptsächlich mein Hochmut, der zu Fall kam: Ich hatte soeben ein Schreiben erhalten, in welchem ich aufgefordert wurde, einen kurzen Lebenslauf und eine Photographie für die Publikation eines „Who-is-who-Lexikons" der 7000 - oder vielleicht waren es auch nur 700 - berühmtesten Frauen Asiens zu liefern. Auf dem Heimweg vom „Medical College" zum Spital weidete ich mich in Gedanken selbstgefällig an der Ehre, zu diesem erlesenen Kreise prominenter Damen zu gehören und vergass dabei, auf meinen Weg in der vom Regen aufgeweichten Altstadtgasse zu achten. Und schon sass

plötzlich eine der 7000 berühmtesten Frauen Asiens im Dreck, dem Gespött der Gassenbuben preisgegeben und nur noch darum besorgt, ob wohl die Regenjacke das Kotpflaster hinten auf dem Rock decken würde. Nach dieser Ernüchterung und buchstäblichen Erniedrigung, - das englische „humiliation" zeigt noch deutlicher an, dass damit ein „auf die Erde Zurückkommen" oder „selbst zu Erde Werden" gemeint ist! - bemühte ich mich natürlich nicht mehr um eine Antwort auf dieses Schreiben!

Ein anderes Mal zog ich mir bei einem solchen Sturze einen Muskel- oder Sehnenriss zu, der für längere Zeit meinen linken Arm lahmlegte. Es war bei dieser Gelegenheit, dass ich, nach geeigneter Physiotherapie suchend, entdeckte, wie nahe unser Spital den Schönheiten und Annehmlichkeiten des Wassers in Form des Nagin-Sees gelegen war.

* * *

Kaum fünf Minuten hat man zu gehen, um vom Spital ans Ufer des Sees zu gelangen. Vom bereits erwähnten Tempel am Wasser führt ein schmaler Pfad den von Weiden und Schilf fast versteckten Ufertümpeln entlang zu einer offeneren Anlegestelle unter mächtigen Platanen. Wenn man Glück hat, kann man dort einen Kahn finden. Auf jeden Fall aber gibt es Boote im Hafen einer etwas weiter entfernten Fischersiedlung. Mit einer solchen „shikara", - einem halb überdeckten Boot, das der Tessiner „gondola" ähnelt -, kann man sich jederzeit spazieren fahren oder zum Badefloss in der Mitte des Sees bringen lassen. Der Teil des Sees, der gerade unterhalb des Spitals liegt, ist von der Hauptwasserfläche abgeschnitten durch eine Landzunge, auf welcher in unvergleichlich schöner Lage die Aussätzigenkolonie sich ausbreitet. Das Wasser ist in diesem Seitenarm des Sees niedrig und dicht mit Schilf und Lotospflanzen bewachsen, so dass für den Bootverkehr immer wieder schmale Wasserstrassen frei gelegt werden müssen (Abb. 7). Auf diesen gleitet man still dahin. Das Ruder mit dem grossen herzförmigen Blatt, welches der Schiffer vom einen oder andern Ende des Bootes aus stehend oder kauernd geschickt handhabt, taucht fast lautlos ins Wasser ein (Abb. 8). Man streckt sich auf den

weichen Polstern aus und gibt sich dieser paradiesischen Landschaft hin. Den rosa und weissen Lotosblüten (Abb. 9) kommt man so nahe, dass man sie greifen oder mindestens den goldenen Strahlenkranz der Staubgefässe rings um den runden, fein gelochten, ebenfalls goldenen Fruchtboden - den Lotosthron! - genau ansehen kann. Auf den grossen, tellerartigen Lotosblättern, die im Unterschied zu denjenigen der Seerosen rings um den Stiel herum geschlossen sind und, wie auch die Blüten, ein Stück weit aus dem Wasser herausragen, glitzern Wassertropfen wie Perlen oder Diamanten. Auf den Pfählen, welche zur Markierung der Wasserwege eingerammt worden sind, sitzen türkisfarbene Eisvögel. Wie ein blauer Blitz stossen sie plötzlich gegen die Wasserfläche hinunter, um dort mit ihren langen Schnäbeln geschickt die vom Sitz aus erspähte Beute zu fischen.

Sah so wohl das „Land der Lotophagen" aus, in welchem die Gefährten des Odysseus in glückseligem Vergessen alles Vergangenen sich festbannen liessen? Für mich auf jeden Fall bedeuteten solche Bootfahrten immer eine Art „Mini-Ferien", in denen man all das Hässliche, Bedrückende und Belastende des Alltags im Spital vorübergehend vergessen konnte. Kam dann erst noch das Schwimmen im moorigen Wasser des Sees dazu, so waren nachher nicht nur die besonderen körperlichen Beschwerden, für die ich mir diese angenehme Physiotherapie verschrieben hatte, bedeutend gelindert, sondern ich fühlte mich jeweils ganz allgemein erfrischt und wieder für meine schwierige Aufgabe gestärkt.

Übrigens sind die Kashmiri im wörtlichen Sinn „Lotos-Esser": die langen, glänzend weissen Rhizome der Lotospflanzen mit ihren so schön regelmässig in Radform angeordneten Saftkanälen geben in verschiedensten Zubereitungsformen ein ausgezeichnetes Gemüse ab. Die Samen werden wie „popcorn" geröstet und sollen in gemahlenem Zustand eine besonders leicht verdauliche und stärkende Krankenkost liefern. Auch viele andere Gemüse verdanken die Kashmiri mehr dem Wasser als der Erde. In der seichten Randzone des Sees wird Seegras und vom Seegrund aufgeschürfter Schlamm zwischen Weiden und einem Geflecht aus Zweigen zu „Inseln" angehäuft. In diesen äusserst fruchtbaren „schwimmenden Gärten", wo nahe dem

Wasserspiegel das ganze Jahr eine ausgeglichene Temperatur herrscht, gedeihen die meisten Gemüse prächtig, vor allem jedoch Tomaten, Gurken, Kürbisse. Es soll vorkommen, dass einem, wenn man nicht genügend wachsam ist, über Nacht der Garten durch einen bösen Nachbarn weggetragen werde!

Problematisch wurde die Situation für diese Gemüsebauern, als in einem Sommer durch andauernden Regen der Wasserstand dermassen stieg, dass alle die Garten-Inseln überschwemmt wurden. Zu jener Zeit beobachtete ich einmal, dass eine ganze Schar von ihnen, vor allem jedoch die Frauen, auf der Strasse zwischen den zwei Seen daherzogen, jeder einen Topf, einen Krug oder einen Kessel tragend. Diese Gefässe waren mit Wasser gefüllt, also ordentlich schwer. Der merkwürdige Pilgerzug bewegte sich unter Singen und Rezitation von Sprüchen der grossen Moschee zu, welche am Hange des Burghügels klebt. Man erklärte mir, dass dort dann das mitgebrachte Wasser in ein tiefes steinernes Reservoir gegossen werde. Man wolle so dem Schöpfer das im Übermass gespendete Wasser zurückbringen und ihm anzeigen, dass man nun genug habe von all dem überflüssigen Regen. Allah solle sein Wasser oben im Himmel behalten und nicht in so verderblicher Weise auf das Land ausschütten!

Dass man Überfluss an Wasser hatte, war allerdings eher eine Seltenheit, wenigstens bei uns im Spital, wo die Wasserzufuhr sogar in normalen Zeiten eher knapp war. Ein- oder zweimal erlebte ich es, dass bei einem starken nächtlichen Regenguss das Wasser, das sich wegen Verstopfung der Abläufe im Hofe angesammelt hatte, in die Zellen eindrang, so dass die darin untergebrachten Patienten schleunigst ins Trockene gerettet werden mussten. Viel häufiger jedoch litten wir, besonders in regenarmen Sommern, unter Wassermangel. Die öffentliche Versorgung durch das Wasserwerk setzte dann manchmal einfach aus oder funktionierte nur noch stundenweise und mit minimalem Druck. Einmal wurde die Situation so kritisch, dass der einzige Ausweg darin bestand, Gruppen unserer Patienten, - die natürlich diese Expedition genossen! - bewacht von Pflegepersonal zum See hinunter zu schicken, um von dort in Plastik-Kanistern, Kübeln und Giesskannen wenigstens zur Deckung des dringendsten Bedarfes Wasser zu holen.

Über die hygienischen Probleme, mit denen wir angesichts dieser fast ständigen Wasserknappheit zu kämpfen hatten, wird später noch einiges zu berichten sein.

Eine weitere Bevölkerungsgruppe, die eng mit Wasser verbunden ist, sind die sogenannten „Hanji" (Abb. 10 und 11). Sie wohnen, im Gegensatz zu den bereits erwähnten Gemüsebauern, in Hausbooten, widmen sich der Fischerei und treiben ihren Handel mit Fischen, Gemüse und Holz meist auf den auch die Stadt durchziehenden Kanälen. Man berichtet von ihnen, dass sie besonders ungehemmt seien im Ausdruck ihrer Aggressionen. Da unterhalb meines Fensters im Studentinnenheim, wo ich während des ersten Jahres wohnte, ein Kanal träge dahin floss, auf dem solche „Hanji"-Boote stationiert waren, bekam ich schon früh Gelegenheit, die merkwürdigen Gewohnheiten dieser Wassernomaden zu beobachten.

Eines Abends vernehme ich aus der Richtung dieser Boote lautes Geschrei und Geschimpfe. Durch die Fenster kann ich sehen, wie eine Frau, auf dem Bug ihres Hausbootes stehend, ihrem Nachbarn auf dem nächsten Boote mit grosser Lautstärke und lebhaft drohenden Gebärden offenbar „alle Schande" sagt. Der Nachbar lässt es auch nicht an verbaler Munition für Verteidigung und Gegenangriff fehlen. Die Frau rennt zwischenhinein immer wieder zu ihrer kleinen Küche, um dort im Kochtopf zu rühren und sich wohl gleichzeitig auf das Abfeuern der nächsten Salve vorzubereiten. Das Gefecht geht bis zum Einbruch der Dunkelheit weiter, und zuweilen mischt sich die ganze Nachbarschaft im Chor mit ein. Ich zögere an diesem Abend, mich zum Schlafen bereit zu machen, da ich fest überzeugt bin, mindestens eine der beiden kämpfenden Parteien werde demnächst als psychiatrischer Notfall ins Spital gebracht, wobei ich dann als zuständige Spezialistin aufgeboten werde. Es geschieht jedoch nichts.

Am nächsten Morgen erklären mir meine Kollegen, dass „Fluchen und Schimpfen wie ein Hanji" in Kashmir sprichwörtlich sei. Habe man beim Einbruch der Dunkelheit den Kropf noch nicht völlig geleert, so werde als Zeichen des Waffenstillstandes ein Feuertopf aus Ton umgekehrt auf den Bug des Bootes gestellt, also buchstäblich „Ende Feuer" angekündigt. Verspüre man

am nächsten Morgen, nachdem man darüber geschlafen habe, immer noch das Bedürfnis, weiter zu streiten, so werde der Topf wieder aufrecht gestellt, womit das Signal zur Wiederaufnahme des Schimpf- und Fluch-Duells gegeben sei.

Ich überlegte mir die Sache und kam zum Schluss, dass vom psychohygienischen Standpunkt aus eigentlich diese Art, seinem Ärger Luft zu machen, gar nicht so übel sei. Gelegentlich fiel dabei in der Erregung jemand ins Wasser, wobei dann wohl auch die Wut auf natürliche Weise abgekühlt wurde. Zu tätlichen Angriffen kam es offenbar nie. Allerdings hätte man unter normalen Wohnverhältnissen sich so etwas kaum leisten können, da man immerhin durch solche Szenen die Atmosphäre der Nachbarschaft verdirbt und es wohl schwer fallen mag, jedesmal wieder den rechten Ton für eine Versöhnung anzuschlagen. Ein „Hanji" jedoch kann sich leicht aus der Sache ziehen, indem er einfach, wenn die Luft allzu dick geworden ist, Anker lichtet und mit seiner schwimmenden Behausung sich anderswo niederlässt. Ob tatsächlich diese Art der „Konfliktverarbeitung" vor geistigen Störungen schützt, kann ich nicht sagen. Es gab zwar unter unseren Patienten nur recht selten echte „Hanji". Daraus dürfte man jedoch nur statistische Schlüsse ziehen, wenn einem die entsprechenden Bevölkerungsziffern bekannt wären. Ausserdem könnte es auch sein, dass die ziemlich rückständigen „Hanji" einfach noch nicht erfasst hatten, das es bei uns Behandlungsmöglichkeiten für psychische Störungen gab, oder dass sie vielleicht ihre eigenen Gewährsleute unter den traditionellen Heilkünstlern hatten.

* * *

Dasjenige unter den Elementen, das uns wohl am meisten Probleme bereitete, war das <u>Feuer</u>. Manche unserer Patienten hatten sich in ihren Dörfern Geduld und Wohlwollen für ihre „Verrücktheit" verscherzt, weil sie entweder durch achtloses Umgehen mit Feuer oder durch absichtliche Brandstiftung Schaden angerichtet hatten. Feuer stand bei ihnen irgendwie - wie ja auch bei uns im modernen Westen - als Symbol für innere Erregung.

Befragte man einen offensichtlich depressiven Patienten nach seiner

Stimmung, so konnte er, falls er sich nicht durch Besuch einer Schule oder reiche Lebenserfahrung wenigstens einigermassen die Fähigkeit zur Selbstreflexion und Introspektion erworben hatte, oft keine Antwort geben. Ja er konnte wohl kaum die Frage verstehen, da es sogar schwierig ist, ein passendes Kashmiri-Wort für „Stimmung" zu finden. Analphabetische - oder sagen wir lieber, da Selbstentfaltung nicht immer mit Lesen- und Schreibenkönnen zusammenfällt, geistig wenig entwickelte - Leute können ihre eigenen Stimmungen und Gefühle offenbar noch nicht als etwas „Inneres", zu ihnen selbst Gehöriges, wahrnehmen; hingegen können sie meist beschreiben, wie die Welt sie im Widerschein ihrer inneren Verfassung anmutet. Man musste also, um etwas über die Stimmung zu erfahren, fragen: „Wie sieht für Dich die Welt aus?" Darauf bekam man von depressiv Verstimmten meist die Antwort: „Die Welt brennt."

Dies beschwor jeweils in meiner Vorstellung Bilder herauf von Malern des 15. und 16. Jahrhunderts, auf denen, zum Beispiel bei Hieronymus Bosch, im Hintergrund phantastischer Szenen brennende Dörfer zu sehen sind. Sah diese „brennende Welt" meiner Kashmiri-Patienten wohl so aus? Gern hätte ich jeweils weiter gefragt, ob denn der Brand noch rot lodere und glühe oder ob nur noch verkohlte Ruinen zurückgeblieben seien. Dafür reichten jedoch weder meine eigenen Sprachkenntnisse noch die Geduld meiner Dolmetscher und schon gar nicht das Verständnis meiner Patienten aus. Eine interessante Antwort erhielt ich immerhin wenigstens einmal auf mein weiteres Forschen, wer denn diese Welt, die so vom Feuer verzehrt werde, in Brand gesteckt habe. Dieser Mann, der offenbar der Fähigkeit zur Selbsterkenntnis etwas näher gerückt war als viele andere unserer Patienten, erklärte nach einigem Besinnen: „Ich, mit meinem Herzen!"

Nun, dieser „innere Brand", - der übrigens ein interessantes Licht wirft auf psychodynamische Theorien, welche „Depression" als nach innen gewendete Aggression erklären - war es nicht, der uns Schwierigkeiten verursachte. Dieser kann heutzutage mit antidepressiven Medikamenten gelöscht werden. Es ging da um eine ganz andere Brandgefahr.

Obwohl das Spitalgebäude aus solidem Naturstein errichtet war, gab es

doch sehr viel Holzwerk daran. Nicht nur die Dachstöcke, sondern auch die Zimmerdecken waren aus Holz, und natürlich auch Türen und Fensterrahmen. In den Zellen und im einen Saal, in welchem die am meisten verwahrlosten Patienten untergebracht waren, gab es zum Schlafen nur eine dicke Schicht Stroh, in welchem sich die Insassen, in ihre Wolldecken gehüllt, nachts eng zusammenkuschelten. Anfangs war ich darüber entsetzt. Bald aber merkte ich, dass diese Art des Nachtlagers durchaus dem entsprach, was die Dorfleute daheim gewohnt waren, und dass sie mit Bettgestell, Matratze, Kopfkissen und Leintüchern gar nicht umzugehen wussten. Ausserdem behagte ihnen, besonders im Winter, die Isolierung allein in einem Bett keineswegs. Man sehnte sich nach „Stallwärme", nach enger Fühlung mit der Körperwärme anderer menschlicher Wesen. Diese Strohschicht, die natürlich jeweils morgens recht unappetitlich aussah und mit dem berühmten Augiasstall, welchen Herkules als eine seiner Heldentaten auszumisten hatte, durchaus hätte konkurrieren können, war überdies viel leichter und vor allem auch billiger auszuwechseln als beschmutztes Bettzeug. Ich konnte es also mit nicht allzu schlechtem Gewissen verantworten, diese Tradition weiter bestehen zu lassen. In den Fünfzigerjahren hatte man ja auch in Schweizer Psychiatrischen Kliniken noch sogenannte „Seegras-Zellen"! Es blieb jedoch die Feuergefahr.

Die meisten unserer männlichen Patienten - hie und da sogar die eine oder andere der Frauen - waren auf das Rauchen versessen. Natürlich gab es im Spital keine „hookah", also die mit einem grossen Ton- oder Metallgefäss versehene Wasserpfeife (Fig. 3), die in einer ganzen Gruppe die Runde machen kann. Doch gelang es immer wieder dem einen oder anderen der Patienten, sich aus Lehm einen kleinen Pfeifenkopf zu formen, an der Sonne zu trocknen und dann daraus heimlich irgendein scharfes Kraut zu rauchen. Vor allem jedoch suchte man überall nach weggeworfenen Zigarettenstummeln. Hie und da wurde auch, trotz Verbot, von den im Garten wartenden ambulanten Patienten und ihren Angehörigen Rauchzeug an die Patienten verschenkt und, noch schlimmer, unvernünftige Passanten oder Gaffer leisteten sich den Scherz, von aussen durch die Fenstergitter den Patienten nicht nur Zigaretten, sondern auch Zündhölzer hinein zu stecken. So war eigentlich immer für

„Zündstoff" gesorgt, und nur grösste Wachsamkeit konnte Feuerschaden verhüten. Es geschah mehrmals, dass plötzlich Alarm geschlagen wurde und alle verfügbaren Angestellten, sowie auch die vernünftigeren unter den Patienten, raschestens zu einer Ecke rannten, aus der bereits Rauch hervorqualmte. Meist entdeckte man die Brandgefahr rechtzeitig, so dass sie mit ein paar Kübeln Wasser oder mit Abschluss der Luftzufuhr sozusagen im Keime erstickt werden konnte. Sachschaden gab es hie und da, zum Glück aber keine ernsthaften Verbrennungen bei Patienten und Angestellten.

Die grosse Frage war natürlich, wie man unter solchen Umständen die Patienten im Winter warm halten sollte. Um darüber zu berichten, muss ich jedoch sehr weit ausholen und den Zusammenhang mit einigen anderen Aspekten meines Wirkens herstellen. Damit soll sich ein späteres Kapitel befassen (7). An dieser Stelle möchte ich nun noch etwas über die Feuergefahr erzählen, die uns von aussen drohte.

Während eines Winters schien es wirklich, als habe jemand ein Interesse daran, unser Spital einzuäschern. Eines Tages rapportierten die Nachtwachen, es habe nachts jemand versucht, die neben dem Eingangstor gelegene Garagentüre in Brand zu stecken. Als ich mir die Sache an Ort und Stelle ansah, waren noch die Reste eines Feuerleins festzustellen. Der unterste Teil der hölzernen Garagentüre war verkohlt. Wir hatten damals noch kein Motorfahrzeug. Der grosse Garagenraum, dicht neben Laboratorium und Medikamentenausgabe gelegen, wurde deshalb vor allem als Lager für Brennmaterialien und Bauholz verwendet. Vor kurzem war ein neuer Vorrat an Kohle darin eingelagert worden. Offenbar waren einige Kohlenbrocken vor der Türe liegen geblieben oder vielleicht durch eine kleine Lücke zwischen Tor und Boden herausgerollt. Wahrscheinlich hatte sich ein Landstreicher mit diesen Kohlenstücklein ein kleines Feuerlein zurecht gemacht. Möglicherweise war es einer unserer früheren Patienten, die oft ums Spital herum strichen, in der Hoffnung, man nehme sie wieder auf und gebe ihnen warmes Winterquartier. Ob der Betreffende dann bei Tagesgrauen, als er sich entfernte, das Feuer einfach achtlos weiter brennen liess oder ob er, alarmiert durch den Schaden, den er am Tor angerichtet hatte, plötzlich geflohen war, konnte man natürlich

nicht erfahren. Auf jeden Fall sah es nicht so aus, als hätte jemand absichtlich eine Brandstiftung geplant. Immerhin, in Anbetracht des dicht hinter der Türe aufgestapelten Brennmaterials, hätte nicht nur der Sachschaden, sondern auch die Gefahr für unsere Patienten beträchtlich sein können. Ich benützte natürlich sofort diese Gelegenheit, für den Ersatz der alten hölzernen Türen durch sicherere metallene Roll-Läden einen Kredit zu erhalten.

Mysteriöser waren die Umstände beim zweiten Brand, der uns nur wenige Tage darauf alarmierte. Wie gewohnt, war ich beim Einnachten auf meine Abendvisite gegangen, um mich persönlich zu vergewissern, dass jeder Patient im für ihn bestimmten Saal untergebracht war und dass niemand Anzeichen einer körperlichen Erkrankung zeigte. Als ich zu meiner Wohnung zurückkehrte, war es bereits dunkel. Beim diagonalen Überqueren des ungefähr 30 Meter breiten freien Platzes zwischen der Nordwand des Spitals und meinem Häuslein wurde meine meist recht wachsame „passive Aufmerksamkeit" durch ein eigenartiges Phänomen angesprochen: An einer relativ wenig beleuchteten Stelle der Spitalmauer tauchte plötzlich, wie aus dem Nichts, die nur schattenhaft wahrnehmbare Gestalt eines Mannes auf. Zuerst konnte ich mir diesen Spuk nicht erklären. Dann jedoch fiel mir ein, dass jener Mauer entlang ein Abwassergraben lief. Vermutlich hatte der Mann dort in der in Kashmir, besonders bei Mohammedanern, noch üblichen hockenden Stellung Wasser gelöst, und ich hatte ihn erst wahrnehmen können, als er sich wieder aufrichtete. Immerhin, da der ganze Vorgang etwas ungewöhnlich war, prägte ich mir die Umrisse der Gestalt gut ein. Der Mann war gross, schlank, breitschultrig. Er trug offensichtlich nicht das weite Gewand - den sogenannten „pheran" - und die Pluderhosen, welche für die Kashmiri-Männer im Winter typisch sind. Es schien mir vielmehr, als ob ein eng anliegender Pullover über einer Hose mit einem Gürtel zusammengehalten sei. Die Kopfbedeckung mochte am ehesten ein Béret sein: also die Bekleidung eines Soldaten. Das schien auch ganz plausibel, da die Wachmannschaft des benachbarten Gefängnisses, um auf einige ihrer Posten zu gelangen, oft die Abkürzung durch das Spitalareal benützte. Der Unbekannte entfernte sich denn auch in Richtung dieser Wachttürme.

Daheim angekommen, zog ich mit einem Seufzer der Erleichterung - einmal mehr ein strenger Arbeitstag zu Ende! - meine Jacke aus. Ich war gerade daran, die Schuhe mit den behaglichen Pantoffeln zu vertauschen, als von draussen der Ruf „Nār, nār!", das heisst „Fürio, Fürio!" ertönte. Ich stürzte hinaus und sah, dass gerade bei jener Stelle der Spitalmauer, aus welcher die unbekannte Gestalt auf so mysteriöse Weise sich aus dem Nichts materialisiert hatte, bereits einige der Spitalangestellten versammelt waren und versuchten, einen dort ausgebrochenen Brand zu löschen. Als ich näher kam, zeigte man mir die Überreste einer Lunte, die aus einem Stecken und einem mit Petrol getränkten Lappen zurechtgebastelt und durch das leicht erreichbare Fenster gestossen worden war. Zum Glück hatten die Wächter im Inneren des Hofes durch die Fenster auf jener anderen Seite den Feuerschein sofort wahrgenommen. Der Schlüssel zum betreffenden Raum, der für den Tagesaufenthalt und die Beschäftigungstherapie der Patienten diente, stand nicht sofort zur Verfügung. So beeilte man sich, wenigstens von aussen her grösseren Schaden zu verhüten, was offenbar sehr prompt gelungen war. Ich schaute auf meine Uhr: Seit dem Moment, in dem ich das Spital nach Abschluss meiner Abendrunde verlassen hatte, waren kaum fünf Minuten vergangen. Es bestand kein Zweifel, dass der Unbekannte, der auf so unheimliche Weise aus dem Dunkel aufgetaucht war, die brennende Lunte durch das Fenster gesteckt hatte. Aber wieso? Zu welchem Zweck?

Unterdessen kam auch, mit bemerkenswerter Eile, die sofort angerufene Feuerwehr an. Man sprengte das Schloss zum Tagesraum und fand, dass von der ganzen langen Fensterfront entlang der Nordseite des Spitals für diese Brandstiftung ausgerechnet dasjenige Fenster gewählt worden war, hinter dem sich auf dem Fenstersims brennbares Material in Form von mit Kapok gefüllten Kissen befand. Ein Teil der Kissen war bereits angebrannt, und der Rahmen des eingestossenen Fensters war angesengt. Das sah nicht nach Zufall aus! Man schloss daraus, dass der vermutliche Brandstifter, dessen Signalement ich natürlich sofort recht genau liefern konnte, jemand sein musste, der sich im Innern des Spitals gut auskannte. Ein Angestellter, der sich vielleicht für irgendeine Ungerechtigkeit oder Unannehmlichkeit in seinem Dienstverhältnis

so hätte rächen wollen, kam gemäss meiner Personenbeschreibung und auch aus sonstigen Gründen nicht in Frage. Eher noch konnte man an einen Patienten denken, der in irgendeiner Kurzschlussreaktion das aus der Welt schaffen wollte, was ihn immer wieder einzuengen drohte. Die grosse, schlanke Gestalt hätte auf einen unserer „Kunden" passen können, der auch hie und da einen alten Militärpullover trug. Er war von seiner Familie längst aufgegeben worden und trieb sich mehr oder weniger als Landstreicher herum. Er war jedoch unserem Spital nicht übel gesinnt. Im Gegenteil: eine derartige Tat hätte er höchstens als Strafe dafür ersinnen können, dass wir seiner ständig wiederholten Bitte, ihn wieder im Spital aufzunehmen und zu „versorgen", ohne eine offizielle Einweisungsurkunde nicht nachgeben konnten. Immerhin mochte es sich lohnen, in dieser Richtung nachzuforschen und ihn beim nächsten Besuch in der Poliklinik auszufragen.

Auf dem Weg zurück zu meiner Wohnung schaute ich nochmals zur Brandstelle hinüber. Das Feuerlein musste doch einige Kraft gehabt haben, so schien es mir jetzt. Über dem Fenster war bis zum Dach hinauf ein Streifen der steinernen Mauer von Rauch und Qualm geschwärzt. Ich nahm mir vor, den Sachverhalt bei Tageslicht nochmals zu untersuchen.

Am nächsten Morgen fand ich zu meiner Überraschung keine Schwärzung der Mauer. Das musste also nochmals abends bei Dunkelheit geprüft werden! Dabei stellte ich dann fest, dass die Nordfassade des Spitals von einer Neon-Lampe, welche die Strasse etwas weiter oben beleuchtete, einigermassen erhellt wurde. An der Stelle, an welcher ich den Unbekannten so plötzlich hatte auftauchen sehen und an welcher kurz darauf die Brandstiftung entdeckt worden war, wurde jedoch ihr Licht von einer dazwischen stehenden Pappel verdeckt. Es war dies der einzige Abschnitt dieser langen Mauer, die so sehr in Dunkel gehüllt war, dass man sich dort im Schatten verlieren und ungestört seine düsteren Geschäfte treiben konnte. Die vorher so plausible Vermutung, dass der Täter ein mit den Verhältnissen des Spitals vertrauter Mann sein müsse, konnte also fallen gelassen werden. Dem Brandstifter war offenbar nur daran gelegen gewesen, seine Lunte dort in ein Fenster hinein zu stossen, wo er dies durch Dunkelheit geschützt tun konnte. Mein Vorbeigehen hatte ihn

wohl etwas vorzeitig aufgeschreckt und er war, nicht wie ich angenommen hatte, durch Aufstehen aus kauernder Stellung, sondern einfach durch ein Zurseite-Treten aus dem Schatten „aufgetaucht‟. Aber was mochte wohl sein Motiv für diese merkwürdige Handlung sein? Ein heimwehkranker oder sonst irgendwie innerlich gespannter Soldat, der so seinen Gefühlen, vielleicht auf symbolische Weise, zur Abfuhr verhelfen wollte? Ein Depressiver, der so die „brennende Welt‟
seines Inneren mit der äusseren Realität in Einklang setzen wollte? Trotz einigem Nachforschen durch die Polizei und Feuerwehr und auch durch unsere Angestellten wurde das Rätsel nie aufgeklärt.

Hast Du Deinen Reis gegessen?

Will man in Kashmir - und auch anderswo in Ostasien - jemandem, den man antrifft, höflich begegnen, so fragt man, ob er gespiesen habe. Die kurze Kashmiri Form dafür „Batta kyot?‟ heisst jedoch wörtlich: „Hast Du Reis gegessen?‟ Reis ist für die Kashmiri die Grundnahrung; alles andere ist nur „Zukost‟. Es werden davon ganz unwahrscheinliche Mengen vertilgt. Für unsere Patienten betrug die tägliche Ration, auf zwei Mahlzeiten verteilt, ungefähr ein Pfund (gewogen in ungekochtem Zustand). Der Kashmiri Reis schwillt beim Kochen stark an und kann, mit den Beigaben gut durchmischt und verknetet, zu handlichen Bissen geformt werden. Gegessen wird mit den Händen. Wiederum ein Beispiel dafür, wie viele Probleme der Sicherheit und vor allem der Suizidverhütung, die man im Westen oft in raffinierter Weise zu lösen hat, in unserem Spital einfach wegfielen. Das Zählen von Messern und Gabeln erübrigte sich. Kein depressiver Patient musste daran gehindert werden, sein Butterbrot selbst zu streichen. Ja, nicht einmal Löffel gab es bei uns, ausser den wenigen Exemplaren, die gelegentlich zur Verabreichung eines flüssigen Medikamentes gebraucht wurden. Auch vor Mobiliar, mit dem man sich und andere hätte verletzen können, hatte man niemanden zu schützen.

Die Kashmiri nehmen ihre Mahlzeiten in Hockstellung ein, während das Essgefäss entweder ebenfalls auf dem Boden oder auf einem kleinen Schemel

steht. Für unsere Patienten konnte ich mit der Zeit lange, schmale Schilfmatten anschaffen, auf denen sie reihenweise im Speisesaal sitzen konnten. Viel lieber jedoch verstreuten sie sich im Garten. Sass man allzu nahe bei Mitpatienten, so riskierte man, dass einem unversehens die besten Bissen weggeschnappt wurden. Einige unserer Patienten assen mit derartiger Gier und Hast, dass sie schon während des Vertilgens ihrer eigenen Portion überall umher spähten, wo nachher bei einem langsameren Esser noch etwas zu rauben sein könnte.

Für jeden unserer Patienten gab es ein „thali", das heisst einen riesigen Teller aus Blech, später etwas vornehmer und hygienischer aus rostfreiem Stahl, und einen Emailbecher. Auf diesen Tellern hatte ein ganzer Berg von Reis Platz. Dazu gab es ein frisches Gemüse oder ein Gericht aus Linsen oder Bohnen. Zweimal wöchentlich wurde im Spitalareal unter der Aufsicht des „Sanitary Inspector", ein Schaf geschlachtet, dessen Fleisch dann jeweils für zwei Mahlzeiten ausreichte. Natürlich hatte dies nach mohammedanischem Ritual mittels Durchtrennen der Halsschlagadern und Ausblutenlassen zu geschehen. Erst als ich für diesen Zweck eine kleine Nische bauen liess, merkte ich, wie genau die Vorschriften hiefür sind: die Abflussrinne muss so angelegt sein, dass das Blut in der Richtung gegen Mekka ablaufen kann.

Zum Frühstück gab es ein Brötchen und „Salztee", eine für meinen Geschmack abscheuliche Brühe aus einer speziellen grünen Teesorte, vermischt mit Milch, Salz und Soda. Im Laufe des Nachmittags bekam jeder Patient ungefähr einen Deziliter gesüsste Milch.

Für die meisten unserer Patienten war diese Kost sehr viel reichlicher und zugleich nahrhafter und abwechslungsreicher als das, was sie zu Hause sich leisten konnten. Obwohl die Mohammedaner grosse Fleischesser sind, sieht der arme Mann im Dorf höchstens an Festtagen oder wenn er zu einer Hochzeit eingeladen ist, Fleisch auf seinem Reis. Als übliche Zukost dient der sogenannte „hak", eine Art Pflück-Kohl mit würzigem Geschmack, dessen Blätter man das ganze Jahr ernten kann. Je nach Saison gibt es auch andere Gemüse: Tomaten, Auberginen, verschiedene Kürbisgewächse, Erbsen, Bohnen, Rüben, Spinat, Kohl, und im Winter, wenn alles verschneit ist, Kartoffeln und Zwiebeln.

Die Speisen für unsere Patienten wurden in riesigen Kupferkesseln über einer offenen Feuergrube zubereitet. Beim Verlesen von Reis und Linsen und beim Gemüserüsten durften meist die Patientinnen mithelfen. Auch die Männer waren immer darauf aus, Zugang zur Küche zu bekommen, entweder weil sie hofften, ein paar zusätzliche Bissen zu erhalten, vielleicht auch um Feuer für eine verbotene Zigarette zu fassen oder mindestens um in der Nähe des Herdes ein warmes Plätzchen zu finden.

Immer wieder wurden Anschuldigungen oder mindestens Verdacht geäussert, unseren Patienten, die ja selbst nicht reklamieren konnten, werde nicht die volle Ration ausgegeben, weil das Personal sich an den Lebensmitteln gütlich tue. Eine scharfe Kontrolle war deshalb nötig. Das Gewicht der täglichen Rationen war genau vorgeschrieben. Für jede Kategorie von Lebensmitteln mussten anfangs des Jahres einer Einkaufskommission, bestehend aus den Verwaltern oder Direktoren aller staatlichen Spitäler, die auf eine öffentliche Ausschreibung hin einlaufenden Angebote der Lieferanten unterbreitet werden. Gewöhnlich wurde dann dem niedrigst Bietenden der Vertrag zugesagt. Als ich selbst ebenfalls in dieser Kommission zu sitzen hatte, war ich anfangs recht ahnungslos, lernte aber mit der Zeit von meinen Kollegen, auf wie viele, zum Teil sehr raffinierte Arten man bei diesem Spiel betrogen oder mindestens übervorteilt werden konnte.

So war also nicht nur die Quantität, sondern auch die Qualität der Speisen starr festgelegt; man war jeweils für ein Jahr an die ausgewählten Lieferanten gebunden und oft ihrer Willkür preisgegeben. Eine Möglichkeit, hie und da einmal, zum Beispiel an einem Festtag, den Speisezettel ein wenig zu bereichern oder mindestens zu variieren, gab es kaum. Umso willkommener waren deshalb die Gaben, die uns von Leuten aus der Stadt zukamen. Oft handelte es sich dabei einfach um zusätzliche Imbisse, zum Beispiel um einen Korb voller Brötchen oder einen riesigen „Samovar" mit Tee, im Herbst gelegentlich auch Obst. Nicht allzu selten kam es ausserdem vor, dass uns jemand bat, an einem bestimmten Tag für unsere Patienten kein Abendessen zu kochen; man wollte eine vollständige Mahlzeit, fertig zubereitet, spenden. Das gab dann jeweils ein grosses Fest. Mehr oder weniger pünktlich -

manchmal auch mit beträchtlicher Verspätung! - hielt jeweils vor dem Tor ein kleines Pferdefuhrwerk oder ein Lieferwagen an, aus dem riesige Kupferkessel mit Reis und eine ganze Anzahl von Pfannen und Töpfen mit herrlich duftenden Gerichten ins Spital getragen wurden. Nach traditionellem Kashmiri-Brauch gab es dabei immer Fleisch in mehreren Zubereitungsarten, und meist auch noch Gemüse und Bohnen. Ich selbst musste jeweils das Festmahl überwachen, um für die gerechte und vollständige Verteilung zu garantieren und auch um etwas Ordnung in die drängende Menge der Patienten zu bringen. Gewöhnlich halfen mir dabei die Spender - fast immer Mohammedaner -, die es sich meist nicht nehmen liessen, persönlich anwesend zu sein. So konnte ich dann im Gespräch mit ihnen jeweils erfahren, welches der Anlass zu solcher Freigebigkeit war. Einige unserer Freunde hatten es sich einfach zur Gewohnheit gemacht, ein- bis zweimal im Jahr unseren Patienten so eine Freude zu machen. Andere hatten von einem „Pīr", einem der weisen „Ältesten" der Mohammedaner, Anweisung erhalten, um sich Allahs Gunst und Hilfe in irgendeiner Not oder Schwierigkeit zu sichern, als Opfergabe eine Speisung von armen oder kranken Leuten zu veranstalten. Wieder andere wollten so ihre Dankbarkeit für die Genesung eines kranken Angehörigen zeigen. Man liess sich dabei auf keinen Fall lumpen! Was unsere Patienten bei solchen Gelegenheiten zu kosten bekamen, war nicht nur sehr reichlich bemessen, sondern von einer Qualität und Auswahl, die jedem Festmahl unter Freunden oder für hohe geladene Gäste Ehre gemacht hätte.

Einer unserer Gönner hatte sich eine besonders zuvorkommende Art und Weise ausgedacht, um unseren Patienten etwas zu spenden. Er zog alljährlich zwei Schafe für uns gross. Wenn sie dann gemästet waren, brachte er sie uns entweder an einem besonderen Festtag oder zu einer Zeit, zu welcher die Zufuhr von Schlachttieren unterbrochen war. Letzteres war öfters im Winter der Fall, wenn der Bergpass zum indischen Tiefland hinüber durch Schnee und Erdrutsche gesperrt war und auch im Tal der Verkehr stockte.

Gelegentlich war es auch die Polizei, die uns ein paar Hammelkeulen zutrug, dann nämlich, wenn an Tagen, an denen das Schlachten nicht erlaubt war, auf Kontrollgängen „schwarz" zum Verkauf angebotenes Fleisch entdeckt

und konfisziert worden war.

Einer meiner Kashmiri Kollegen, ein Hindu, empfand solche Gaben als beschämend. Man könnte aus unserer bereitwilligen Annahme schliessen - so argumentierte er - dass wir unsere Patienten nicht genügend ernährten. Ich fand im Gegenteil diesen Brauch sehr schön: Eine besondere Form von „community psychiatry", - das was man auf deutsch heutzutage „gemeindenahe Psychiatrie" nennt - und zwar nicht indirekt via Steuern durch Bereitstellung von Institutionen, sondern durch einen ganz persönlichen Dienst an diesen Kranken.

Es ist dem Leser vielleicht aufgefallen, dass es für unsere Patienten, ausser dem Zucker in der Nachmittagsmilch, eigentlich nie etwas Süsses gab. Dies war jedoch nicht etwa ein Mangel, der nur unsere Patienten betraf. Die Kashmiri Mohammedaner geniessen ganz allgemein nur wenig Süssigkeiten. Am Ende einer reichlichen Fleischmahlzeit serviert man hie und da noch Äpfel, Nüsse oder Mandeln, oder man hilft mit einer Prise von Fenchelkörnern oder anderen Gewürzen der Verdauung nach. Schleckgewohnheiten gibt es also kaum. Hingegen waren viele unserer Patienten beider Geschlechter auf das Kauen oder Schnupfen von Tabak versessen. Ich erinnere mich an einen unserer chronischen Patienten, der sogar einmal bei kalter Witterung nackt über das Dach stieg, nur um sich in der Nachbarschaft eine Prise Schnupftabak zu erbetteln.

Wenn ich die ungeheuren Reismengen, welche unsere Kranken im Nu verschlangen, mit meinen eigenen bescheidenen Rationen verglich, so hatte ich den Eindruck, dass unsere Patienten eigentlich recht ausreichend ernährt wurden. Wenn viele unter ihnen trotzdem nicht entsprechend gediehen, so lag das wohl an einer ungenügenden Verwertung. Das konnte natürlich eine Folge von Verwurmung sein, gegen welche wir ständig zu kämpfen hatten. Andererseits fragte ich mich jedoch, ob bei psychiatrischen Patienten vielleicht mehr oder weniger spezifische Ausfälle in den Enzymsystemen vorliegen könnten, welche verhindern, dass die eingenommene Nahrung richtig verdaut und assimiliert wird. Man könnte sogar, da sich dieses Phänomen des ungenügenden Gedeihens trotz mengenmässig genügender

Nahrungsaufnahme in Indien auch ausserhalb eines psychiatrischen Spitals beobachten lässt, noch weiter forschen: könnte die lange, oft weit über das 2. Lebensjahr hinaus andauernde Ernährung der Kinder mit Muttermilch, die nicht „nach Plan", sondern schlechthin jederzeit „auf Abruf" verfügbar ist, das Verdauungssystem daran gewöhnen, nur der eigenen Körpersubstanz verwandte Stoffe prompt und gründlich abzubauen? Wird so der geeignete Zeitpunkt verpasst, zu dem das Kind lernen sollte, auch Nahrung anderer Art zu verwerten? Die grosse Häufigkeit von Hyperazidität (übermässige Magensäure) sowie Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüren unter den Kashmiri könnte ebenfalls darauf hinweisen, dass der Magen auch im Erwachsenenalter immer noch nach einer ständigen Zufuhr der neutralisierenden Milch verlangt. Menschen, die auch als Erwachsene noch erwarten, wie Kinder umsorgt und verwöhnt zu werden, gibt es auf jeden Fall viele, nicht nur unter den psychiatrischen Patienten!

Kleider machen Leute

Wenn Kleider Leute machen, was bleibt dann noch übrig, wenn keine Kleider getragen werden? Nun, eben ein nacktes menschliches Wesen, das sowohl seine Pflicht zu sozialer Anpassung als auch sein Recht auf soziale Anerkennung preisgegeben hat. Bei unseren chronischen Patienten, die sich, sobald es im Frühling warm wurde, mit Vorliebe ohne jegliche Kleidung der Sonne aussetzten, konnte man immerhin noch unterscheiden, ob sie Mohammedaner oder Hindus waren, da nur die ersteren durch Beschneidung gekennzeichnet sind. Ich selbst war anfangs über diese nackten Gestalten eher entsetzt und versuchte, wenigstens einigermassen an noch vorhandenes Schamgefühl zu appellieren. Das nützte jedoch wenig. Ich bekam allmählich den Eindruck, dass für diese Patienten solche Argumente gar nicht zählten, und dass ihre Nacktheit eher einem Zustand kindlicher Unschuld als irgendwelchen exhibitionistischen Neigungen entsprang.

Mit konsequentem Verhaltens-Drill gleich zu Anfang der warmen

Jahreszeit hätte man vielleicht etwas erreichen können. Trotz vielen Erklärungen und Instruktionen konnte ich jedoch das Pflegepersonal nie zur nötigen Wachsamkeit und zum konsequenten Eingreifen, ja nicht einmal zur Einsicht in die Notwendigkeit solcher Massnahmen bringen. Es schien sich niemand genügend an diesem paradiesischen Zustand zu stossen, um wirklich zu verstehen, warum man etwas dagegen unternehmen sollte. Wenigstens erreichte ich es schliesslich - nach mehreren Jahren! -, dass jeweils während der Poliklinikzeiten unbekleidete Patienten in den hinteren Teilen des Spital-Areals zurückgehalten wurden, so dass sie nicht den im vorderen Garten wartenden ambulanten Patienten und deren Angehörigen, vor allem den Frauen, zum Ärgernis gereichen konnten.

Nach einigem Überlegen kam ich zur Einsicht, dass es im wesentlichen drei Gründe gibt, weshalb man Kleider trägt: Erstens natürlich zum Schutz gegen die Witterung, vor allem um sich bei Kälte warm zu halten; zweitens kommt mit einer Verfeinerung menschlicher Gefühle die Scham dazu, welche gebietet, dass mindestens gewisse Körperteile bedeckt werden; drittens jedoch hat die Kleidung vielerlei gesellschaftliche Funktionen zu erfüllen. Sie verleiht dem Träger das angenehme Selbstgefühl, „gut" oder „korrekt" angezogen zu sein und verschafft ihm die Achtung oder sogar Bewunderung seiner Mitmenschen. Oft dient sie auch als Zeichen der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gesellschafts- oder Berufsklasse. In dieser Hinsicht hatten unsere chronischen Patienten, die ja mit der Zeit fast anonym geworden waren, nichts mehr zu gewinnen oder zu verlieren. Auch die Scham spielte offenbar keine Rolle mehr. Es blieb noch das Bedürfnis nach Schutz vor Kälte. Dieses wurde auch tatsächlich während der kalten Jahreszeit befriedigt, indem man Wolldecken um sich hüllte oder gelegentlich sogar sich dazu herabliess, ein paar Kleidungsstücke zu tragen. Sobald jedoch wärmeres Wetter einsetzte, fiel auch dieser Grund für ein Sichbekleiden dahin.

Was mit dieser Nacktkultur ganz offensichtlich gewonnen wurde, war relative Freiheit von Ungeziefer. So sehr wir uns nämlich immer wieder bemühten, durch häufigen Kleiderwechsel und Einstreuen von Insektenpulver die Verlausung zu bekämpfen, gelang es uns doch kaum je, in dieser

Beziehung einwandfreie hygienische Verhältnisse zu schaffen. Es blieben immer wieder irgendwelche Rückstände, die dann für erneute Verbreitung sorgten, oder neu eintretende Patienten frischten die Rasse wieder auf. Es brauchte einige Zeit, bis mir aufging, warum unsere hilflosesten und unsaubersten Patienten sich so hartnäckig weigerten, Kleider zu tragen und auch im Winter sich nur in Wolldecken hüllen wollten: Kleiderläuse nisten sich mit Vorliebe in den Nähten ein, und Wolldecken haben keine Nähte! Auf englisch würde man Shakespeare zitieren: „There is method in his madness!", also ungefähr: „Auch in der Verrücktheit kann man sich vernünftiger Methoden bedienen!"

Immerhin waren lange nicht alle unsere Patienten - und vor allem kaum je eine unserer Patientinnen! - auf diese Stufe der Undifferenziertheit gesunken, und es galt dafür zu sorgen, dass wenigstens sie sauber und anständig gekleidet waren.

Viele unserer Patienten stammten aus ärmlichen Verhältnissen und waren oft beim Eintritt sehr dürftig ausgestattet. Oft hatten sie sogar in ihrer Verwirrung, Verzweiflung oder Zerstörungswut das, was sie am Leibe trugen, noch zu Fetzen gerissen. War dies der Fall, so wurden sie sogleich mit Anstaltskleidung versorgt. Diese bestand im Sommer aus einem gestreiften baumwollenen, im Winter aus einem dunkelfarbigen wollenen Pyjama-Anzug, eventuell noch ergänzt durch das in Kashmir übliche weite Obergewand, den sogenannten „pheran". Diejenigen Patienten, die voraussichtlich nur kurze Zeit bei uns zu verbringen hatten, durften ihre eigenen Kleider behalten. Allerdings hatte man sorgfältig darauf zu achten, dass keine allzu wertvollen Stücke, wie z.B. ein wollener Schal, eine guterhaltene Weste oder Jacke oder ein Paar relativ neue Schuhe dabei waren. Solche Gegenstände weckten, wenn sie nicht den Angehörigen anvertraut oder durch den Oberwärter in Gewahrsam genommen wurden, die Begehrlichkeit nicht nur der Mitpatienten, sondern auch der Angestellten. Oft, wenn ein unschuldig Schlafender sich am Morgen seiner persönlichen Effekten beraubt sah, war es schwierig herauszufinden, wohin das Diebesgut gelangt war.

Auch Tauschgeschäfte mit Kleidern wurden unter den Patienten unter mehr oder weniger Druck von Seiten der auf Gewinn hoffenden Partei häufig

getrieben. Ob dabei ein Wunsch mitsprach, seine Identität oder seine soziale Rolle mit derjenigen eines anderen, vermutlich besser gestellten Menschen zu vertauschen? Auf jeden Fall wunderte ich mich immer wieder darüber, wie wenig solche Patienten daran interessiert oder dazu fähig waren, sogar ihr persönlichstes, der Haut am nächsten gelegenes Eigentum zusammenzuhalten und zu verteidigen. Auch Sorge wurde natürlich nicht dazu getragen. Schon ausserhalb des Spitals hatte ich immer wieder mit Abscheu bemerkt, wie ausgetragene Kleidungsstücke oder Schuhe, wenn sie schliesslich zu Lumpen zu zerfallen drohten, einfach in einen Strassengraben oder auf eine Hecke geworfen wurden. Dass auch solche Überreste, gut gewaschen, noch Flicken für eine nächste Kleidung, vielleicht Windeln für ein kleines Kind, Verbandmaterial oder mindestens ein paar Putzlappen hätten abgeben können, schien niemandem in den Sinn zu kommen. „Armut" war also oft, wie ich auch in manch anderem Zusammenhang merken konnte, nicht einfach durch ein Fehlen an materiellen Gütern bedingt, nicht einfach eine wirtschaftlich-soziale Gegebenheit, sondern der Ausdruck einer grundlegenden Unfähigkeit, zu irgend etwas Sorge zu tragen und weise Voraussicht zu üben, also wiederum eine Form menschlicher Unreife.

Diese Fähigkeit, für etwas und in erster Linie für sich selbst zu sorgen, ist natürlich bei psychisch Kranken noch zusätzlich eingeschränkt. Wir hatten also grosse Mühe, unser Inventar für Kleidungsstücke und Bettzeug in Ordnung zu halten. Vor mir hatte offenbar kaum jemand dies überhaupt versucht. Man kaufte einfach ein, was das Budget erlaubte, und was nach wiederholtem Tragen und Waschen allzu zerlumpt aussah, wurde als „unserviceable article", also als „unbrauchbarer Artikel" betrachtet. Die Vorschriften für ordnungsgemässes Abschreiben von Textilien waren jedoch sehr streng; für jede Kategorie war eine Mindestgebrauchsdauer festgesetzt. So hatte es offenbar noch nie jemand fertig gebracht, eine endgültige „Abschreibung" und die dazu gehörige Vernichtung oder mindestens Fortschaffung der unbrauchbar gewordenen Ware durchzuführen. Folglich verstopften Säcke und Bündel von zum Teil schimmligen und übel riechenden Lumpen und ganze Türme zerfetzter Matratzen mehrere der Zellen. Vieles davon hätte mit etwas gutem Willen noch

instand gestellt werden können, war jedoch im Laufe der Jahre schon so sehr verdorben, dass schleunigste Vernichtung die einzig richtige Lösung gewesen wäre. Dazu jedoch hätte in den Registern Ordnung herrschen sollen.

Erst nach Jahren bekam ich endlich auf mein Drängen hin diese Bücher zu sehen. Ich verbrachte dann viele Abendstunden mit Nachrechnen, um die Zahlen wenigstens einigermassen mit dem wirklichen Stand unserer Textil-Lager einerseits und den gesammelten Lumpen andererseits in Einklang zu bringen.

Unterdessen versäumte ich es nicht, dem Personal und vor allem dem Schneider Anweisung zu geben, alles noch Rettbare zu flicken. Anstatt drei zerrissene Kleidungsstücke oder Leintücher gleich gesamthaft „abzuschreiben", zeigte ich ihnen, wie aus diesen Überresten wenigstens noch zwei Artikel durch Zusammenstückeln gebrauchsfähig gemacht werden konnten.

Es schien mir immer, dieses „Recycling", also die Tugend, aus allem anscheinend unbrauchbar Gewordenen doch noch etwas Nützliches oder sogar Schönes herstellen zu können, habe gerade an einer psychiatrischen Anstalt ihre ganz besondere Bedeutung. Werden nicht allzu oft Geistesgestörte, Schwachsinnige, Anfallskranke einfach als „unbrauchbar", „überflüssig", „störend" von der Gesellschaft „abgeschrieben"? Solchen „weggeworfenen" Menschen zu zeigen, dass es sich lohnt, sogar Lumpen, Papierfetzen und andere Abfälle zu verwerten und zu Brauchbarem umzugestalten, kann Hoffnung schaffen, dass vielleicht auch sie selbst nicht für immer als nutzlos zur Seite geschoben vegetieren müssen. Gleichzeitig kann ihr eigenes Mitwirken bei derartigen Tätigkeiten in der Arbeitstherapie nicht nur zum Entwickeln neuer Fertigkeiten beitragen, sondern vor allem auch diesen so oft mangelnden Sinn für das „Sorgetragen" fördern.

Höchst persönlich widmete ich mich alljährlich der vorgeschriebenen Lagerkontrolle, nicht nur für die Textilien, sondern auch für andere Gebrauchsgegenstände. Es gab also keinen Nagel, keine Fadenspule, keine Glühbirne, und natürlich auch keine Tablette im Medikamentenlager, die ich nicht selbst mindestens einmal gezählt hätte. Die ehrlichen Lagerverwalter, die ich glücklicherweise schliesslich finden konnte, waren mir sehr dankbar für

diesen persönlichen Einsatz. Durch meine Autorität und durch meinen Ruf der Unbestechlichkeit konnten sie sich gedeckt fühlen, wenn sie von neidischen Mitarbeitern oder auch von Aussenstehenden - wie dies in Kashmir eigentlich jedem ehrlichen Menschen passiert! - fälschlicherweise angeklagt, verleumdet oder mindestens verdächtigt wurden.

Natürlich gab es auch für die Textilien Listen, auf welchen die Einkaufskommission nicht nur Art und Qualität, sondern auch Preis und meist auch Bezugsfirma aller Artikel vorgeschrieben hatte. Man hatte also wiederum kaum Auswahl. Dies war umso bedauerlicher, als viele der genehmigten Kleidungsstücke, sowie auch das Bettzeug, offensichtlich für den Gebrauch bettlägeriger Kranker in Allgemeinspitälern bestimmt waren und für die ganz anderen Bedürfnisse unserer Patienten gar nicht taugten. Ich fand schliesslich einen Ausweg: Ganz pauschal waren alle handgewobenen Textilien, welche bei den mit Regierungsgeldern subventionierten Heimarbeits-Genossenschafen (die oft unter dem Namen von Mahatma Gandhi laufen) oder direkt von den Herstellern bezogen wurden, „bewilligt". So liess ich Ballen solcher Stoffe, die meist sehr robust sind, einkaufen und vom Anstaltsschneider zu einfacher Sommerkleidung, bestehend aus kurzer Hose und einer Art Leibchen, verarbeiten. Damit konnten wir nicht nur Stoff sparen, sondern auch unseren Patienten eine angemessenere und von ihnen auch besser angenommene Minimalbekleidung liefern.

Dieser Ausweg bewährte sich übrigens auch einmal glänzend in einer besonderen Notlage. Gewöhnlich sparte man die grössten Einkäufe bis zum Ende des Finanzjahres auf, um sicher zu sein, dass die Reserven nicht allzu früh erschöpft sein würden. Einige der vorgeschriebenen Lieferanten waren jedoch in Delhi ansässig; so riskierte man, dass in diesem letzten Quartal, zwischen Januar und März, die einzige Strasse ins indische Tiefland über den 2700 m hohen Banihalpass durch Schnee und Erdrutsche gesperrt war und dass die Lieferungen ausblieben oder mindestens nicht zum letztmöglichen Termin eintrafen. Damit war dann der betreffende Kredit verfallen und man setzte sich erst noch dem Ruf aus, ein schlechter Verwalter zu sein.

Dies geschah einmal mit unserer Bestellung für Leintücher. Sogar nachts

zerbrach ich mir den Kopf darüber, woher ich in kürzester Frist noch aus einer rechtmässigen Quelle solch riesige Mengen doppelfädigen Baumwollstoffes beschaffen sollte. Ein zufälliger Blick auf eine der traditionellen Kashmiri-Stickereien, die auch von unseren Patienten in der Arbeitstherapie hergestellt wurden, brachte mir die Erleuchtung. Viele dieser Kettenstich-Arbeiten sind auf einem groben, ungebleichten Baumwollstoff ausgeführt. Dieses Material war sicher lokal erhältlich und zudem, weil handgewoben, für unseren Einkauf zulässig. Als ich mich nach der Herkunft dieses Stoffes erkundigte, erfuhr ich, dass er in einem Altstadt-Quartier, nur 1 - 2 km vom Spital entfernt, von Heimarbeitern gewoben wird. Vermutlich würde man ihn auch dort, direkt von den Herstellern, beziehen können. Sofort machte ich mich mit einem Gehilfen auf den Weg. Die armen Weber, die ich selbst bei ihrer Arbeit beobachten konnte, waren natürlich höchst erfreut über unseren ansehnlichen Auftrag. Ihre Genossenschaft hatte zum Glück genügend Vorrat auf Lager. Schon am nächsten Tag rollte ein Pferdefuhrwerk mit riesigen Stoffballen beladen vor dem Spital an. Das Material erwies sich als ausserordentlich dauerhaft und zudem viel billiger als die vorgeschriebenen maschinell hergestellten Leintücher, so dass wir in den folgenden Jahren, auch ohne besonderen Notstand, bei dieser Wahl blieben.Etwas Erfindungsgeist und gelegentlich gute Intuition lohnte sich auch in anderer Hinsicht. Ich habe bereits angedeutet, dass leider der Ehrlichkeit unserer Angestellten nicht zu trauen war. Bei den verworrenen Verhältnissen in bezug auf Abschreiben ausgedienter Artikel war es für sie ein Leichtes, ein paar alte Fetzen vorzuzeigen, mit dem Bericht, ein gewisser Patient habe eine noch relativ gut erhaltene Wolldecke total zerrissen. Da vorschriftsmässig die aus einer staatlichen Weberei bezogenen Spitalwolldecken alle rot zu sein hatten, war nicht festzustellen, welchem Jahrgang die vorgewiesenen Lumpen angehörten. Verlangte man einen Beweis dafür, dass diese Fetzen wirklich einer ganzen Wolldecke entsprachen, liess sich leicht eine Ausrede erfinden. Unsere Patienten verstanden es nämlich, durch Fensterlücken, über die Mauer oder sogar durch Abwasserkanäle hindurch alles Mögliche, also auch Lumpen, ins Freie zu befördern. Dort wurden dann die Überreste erst nach langer Zeit und in ganz unkenntlichem Zustande von der

Reinigungsmannschaft zusammengelesen. Die angeblich zerrissenen, in Tat und Wahrheit aber unversehrten Wolldecken waren natürlich inzwischen schon längst unter dem Versteck der in Kashmir üblichen weiten Gewänder in die Wohnung eines Angestellten gewandert.

Dies geschah auch mit anderem Spitalmaterial. Die Wolldecken aber waren besonders teuer und konnten ausserdem erst nach einer Gebrauchszeit von vier Jahren abgeschrieben werden. Es lohnte sich also, Diebereien wenigstens in dieser Beziehung zu verunmöglichen.

Ich machte schliesslich den Vorschlag, jedes Jahr und für jeden Krankensaal verschieden gefärbte Wolldecken einzukaufen. Es wurde jedoch darauf hingewiesen, dass die Einkaufsliste nur rote Decken bewilligte. Daraufhin begab ich mich persönlich zum Manager der staatlichen Wollweberei, um mich nach den Preisen zu erkundigen. Ich erfuhr von ihm, dass die Lieferung andersfarbiger Wolldecken seinerseits nicht die geringste Schwierigkeit bereite. Er könne uns zum genau gleichen Preis anstelle roter beliebig andersfarbene Decken liefern, vorausgesetzt dass der Auftrag rechtzeitig, noch vor dem Färben des rohen Gewebes, eintreffe und gross genug sei, um eine Spezialfärbung lohnend zu gestalten. Auf diese Zusicherung hin wagten wir das Experiment. Es setzte tatsächlich der Dieberei ein Ende und erlaubte auch eine bessere Übersicht über das Inventar.

Mit der Zeit gelang es mir auch, meine Kollegen an den anderen Spitälern dafür zu gewinnen, unserem Spital ihre eigenen abgeschriebenen, aber oft noch recht gut erhaltenen Wolldecken, Leintücher und Matratzen, zu überlassen. So hatten wir reichlich Material zur Verfügung, um im Winter unsere chronischen Patienten warm einzuhüllen. Wurde von diesen - natürlich roten - Decken, die in keinem Krankensaal mehr auf den Betten in Gebrauch waren, etwas zerfetzt oder gar unauffindbar, so brauchte man sich darüber keine Sorgen zu machen, denn sie hatten ja ihre vorschriftsgemässe Lebenszeit bereits abgedient. Gegen Diebstahl durch die Angestellten schützte uns ausserdem die Tatsache, dass viele der Decken aus dem Tuberkulose-Spital stammten. Obwohl sie natürlich gewaschen und ausgiebig an der Sonne getrocknet waren, fürchtete man sich vor der Möglichkeit einer Ansteckung.

Beim alljährlichen Besuch der Bücher-Revisoren begegneten meine Experimente anfänglich einiger Skepsis. Nachdem ich ihnen jedoch die Gründe für meine Abweichungen von den Vorschriften persönlich klarlegte - bei näherem Zusehen handelte es sich ja immer nur um eine geschickte Akrobatik innerhalb des Erlaubten - lernten sie allmählich meinen Sparwillen und meine praktischen Ideen schätzen.

Andererseits brachten mir natürlich solche Schlauheiten anfänglich den Unwillen und die Ressentiments der so um ihre unrechtmässigen Vorteile gebrachten Angestellten ein. Doch im Grunde genommen wollte - mindestens vor Allah! - jeder auch ein ehrlicher Mann sein. Ich glaube, viele von ihnen waren mir im Stillen dankbar dafür, dass ich mich für ihr besseres Wissen und Gewissen einsetzte und ihnen allzu sehr in Versuchung führende Situationen ersparte.

Auch in anderer Hinsicht scheute ich mich nicht, zugunsten unserer Patienten „Altwarenhandel" zu treiben. Anfänglich waren es meist Angehörige besser situierter Patienten, die uns gelegentlich auf unsere Bitte hin ausgetragene Kleider brachten. Diese benützten wir vor allem, um die zum Austritt bereiten Patienten auszustatten, welche, wenn niemand sie abholte, allein nach Hause gesandt werden mussten. Als wir einmal von einer ganzen Reisegesellschaft kanadischer Jugendlicher besucht wurden, die alle etwas für unsere Patienten tun wollten, schlug ich vor, sie sollten uns ihre alten Kleider hinterlassen, da sie ja wohl ohnehin, wie die meisten Touristen, sich hier in Kashmir mit Gesticktem und Handgewobenem ausstaffiert hätten. Dieser Appell, den ich später noch mehrmals an weitere Touristengruppen richtete, brachte uns eine ansehnliche Lieferung an sauberen und gut erhaltenen Jeans, Hemden, Leibchen, Pullovern, Socken und sogar Schuhen ein.

Ich überlegte mir nun, dass eine Verteilung dieser westlichen Kleidungsstücke an unsere Patienten nicht nur deren eigene Bräuche gefährdet hätte, ja, dass sie vielleicht nicht einmal richtig mit ihnen hätten umgehen können, sondern ausserdem die Gefahr bestand, dass dadurch die Begehrlichkeit unserer Angestellten auf etwas, das „foreign-made" ist, also „etwas aus dem Ausland", angeregt werden könnte. Es kam mir eine Idee, mit

der ich sozusagen „zwei Fliegen auf einen Schlag“ erwischen konnte. Ich veranstaltete mit den westlichen Kleidungsstücken einen „jumble sale“, also eine Art „Flohmarkt“ für unsere Angestellten und ihre Angehörigen. Jeder durfte dabei auslesen, was ihm gefiel. Zu zahlen brauchte man nichts. Hingegen musste für jeden begehrten Artikel ein mehr oder weniger gleichwertiges, noch gebrauchsfähiges Kleidungsstück nach Kashmiri Art in Tausch gegeben werden. So hatten alle Grund, zufrieden zu sein: die Angestellten, weil sie stolz ihre ausländische Beute davon tragen konnten, die Patienten, weil ihnen Kleidungsstücke ausgeteilt werden konnten, die ihnen vertraut waren und mit denen sie sich daheim im Dorf nicht lächerlich machen würden.

Wie sieht nun diese typische Kashmiri Dorfkleidung (Abb. 13 und 6) aus? Für Männer und Frauen ist das weite Obergewand, der „pheran“, üblich, im Sommer aus Baumwolle, im Winter, falls man dies vermag, aus Wollstoff, nach sehr einfachem Muster geschneidert. Bei den Frauen ist der Halsausschnitt, besonders bei Festgewändern, mit hübscher Stickerei verziert. Dazu gehört eine weite Pluderhose und eine Art Hemd. Auch die Männer tragen eine mindestens oben sehr weite, durch ein Band zusammengehaltene Hose, die Bewegungsfreiheit erlaubt für das Sitzen mit gekreuzten Beinen oder in Hockstellung und vor allem auch für die verschiedenen Stellungen im Hocken oder Knien, die beim mohammedanischen Gebet eingenommen werden müssen. Die Beine dieses Kleidungsstückes sind entweder gerade und weit geschnitten oder, wie die der Frauen, bauschig und um das Fussgelenk zusammengefasst. Für Feldarbeit im Sommer wird jedoch oft eine kurze, nur bis ans Knie reichende Hose bevorzugt. Darüber gehört ein einfaches Hemd. Als Kopfbedeckung verwenden die Frauen ein buntes, tief in die Stirn reichendes, hinten gebundenes Tuch, die Männer ein kleines rundes Käpplein, das oft aus weissem Baumwollstoff kunstvoll mit Steppereien oder Lochstickerei - zur Ventilation! - hergestellt ist.

Während in den Dörfern und in den unteren Schichten auch in der Stadt die Frauen sich unverhüllt und relativ frei bewegen können, tragen sie in gutbürgerlichen Kreisen in Srinagar und den wenigen Landstädtlein die

„burqa", den alles verbergenden, aber oft üppig mit Fältlein und Steppereien verzierten „Schleier" der Mohammedanerin. Bei der jüngeren Generation stirbt allerdings dieser Brauch allmählich aus. Immerhin habe ich unter meinen jungen Patientinnen nicht nur Mädchen gesehen, die im Pubertätsalter entrüstet gegen das Tragen einer „burqa" rebellierten, da sie sich darin wie ein Vogel im Käfig vorkamen, sondern auch andere, die nur allzu froh waren, sich mit ihrer Schüchternheit und ihrem mangelnden Selbstvertrauen hinter einer solchen Tarnkappe verbergen zu dürfen. Sogar Männer vertrauten mir gelegentlich an, dass sie die Frauen um diesen Schutz vor zudringlichen Blicken beneideten.

Die Männer und Burschen in Srinagar trifft man auf der Strasse heute meist in westlicher Kleidung. Im Winter wird aber immer noch der bequeme „pheran" darüber getragen; als Kopfbedeckung dient häufig, auch im Sommer, eine Pelzmütze. Daheim jedoch entledigt man sich meist der einengenden westlichen Kleider und vertauscht sie mit einem lose sitzenden Pyjama-Anzug.

Die Kashmiri Hindus, die alle zur Brahmin-Kaste gehören, unterscheiden sich von den Mohammedanern durch den Schnitt des „pheran", der nicht nur von den Männern, sondern auch von jungen Mädchen getragen wird. Dazu sieht man als Kopfbedeckung bei älteren Männern oft noch einen imposanten, meist zart pastellfarbenen Turban. Unter den Mohammedanern tragen die „Pīr" - die weisen „Ältesten" - einen Turban, der aber fast immer weiss ist. Während die jüngeren Hindu-Frauen sich heutzutage an den „sari" und all die rasch wechselnden anderen indischen Kleidermoden gewöhnt haben, halten die älteren oft noch an einer ehrwürdigen traditionellen Ausrüstung fest, die sehr an die europäische Nonnentracht erinnert (Abb. 15), die ihrerseits ihr Vorbild wohl in mittelalterlicher Frauenkleidung hat. Das Gesicht ist von einem die Haare verdeckenden weissen Tuch eingerahmt. Der Körper steckt bis zu den Füssen und den Handgelenken in einem weiten, faltigen Gewand, meist aus feinem roten oder grünem Wollgewebe hergestellt oder, wenn es in einer unauffälligen Farbe, wie grau, beige oder braun, gehalten ist, mindestens mit breiten roten Litzen eingefasst. Um die Taille ist es zusammengehalten mit einem als Gürtel dienenden feinen Tuch, an dessen Ende oft die Schlüssel der

Haushälterin baumeln. Die verheiratete Hindu-Frau erkennt man ausserdem an ihrem typischen Goldschmuck, welcher von den Ohren hängt und mit einer reich verzierten Schnur gesichert ist. Tragen mohammedanische Frauen Schmuck, so ist er meist aus Silber geschmiedet und ziert ebenfalls, manchmal sehr schwer herunter hängend, die Ohren, jedoch auch den Hals und die Handgelenke.

Mit der Kinderbekleidung steht es auf dem Lande sehr dürftig. Bis ein kleines Kind einigermassen stubenrein ist, trägt es meist nur ein kurzes Hemdchen oder Röcklein. Selbst im Winter zieht man ihm weder Beinkleider noch Socken oder Schuhe an. Auch grössere Buben, bis zum Pubertätsalter, sind im Sommer kaum mit mehr als einem Hemd bekleidet.

Nachdem in Srinagar selbst der Verfall der traditionellen Kleidersitten wohl schon relativ lange durch das Nachahmen fremder Touristen eingesetzt hatte, wurde er in den Siebzigerjahren, zum Teil auch auf dem Lande, rapid gefördert durch den sogenannten „Bangladesh-market". Nach dem Krieg um Bangladesh wurden von westlichen Hilfsorganisationen als Spende für die Obdachlosen tonnenweise gebrauchte Kleider dorthin gesandt. Es stellte sich jedoch heraus, dass viele dieser Gaben für das dortige heisse Klima gänzlich ungeeignet waren. Auf welchem Wege diese wärmeren Kleidungsstücke dann nach Kashmir kamen, wo sie natürlich wohl zu gebrauchen sind, weiss ich nicht. Auf jeden Fall behielt der blühende Altkleiderhandel, welcher sich in den Strassen Srinagars entwickelte, den Namen „Bangladesh-market". Man flüstert auch, dass es sich dabei - nachdem die ersten, wirklich für Bangladesh bestimmten Gaben erschöpft waren - um etwas ganz anderes handle: Die grossen Teppichknüpfereien in Kashmir haben Import-Lizenzen für „Altwolle". Diese kommt mindestens zum Teil in Form von wollenen Kleidungsstücken, eventuell zum Schein ein wenig aufgetrennt, aus dem Westen. Offenbar haben nun die Importeure oder die Zwischenhändler herausgefunden, dass es profitabler ist, diese „Altwolle" auf dem Kleidermarkt zu verkaufen, als sie für die Teppichweberei herzurichten.

Das Volk der Hirten

Eine Bevölkerungsgruppe, die sich nicht nur durch ihre Kleidung, sondern auch durch ihre ganze Lebensart von den eigentlichen Kashmiri deutlich unterscheidet, sind die sogenannten „Gujar“, Stämme halb-nomadischer Hirten, die ursprünglich in den Bergen gegen Punjab und Pakistan zu beheimatet sind. Der Name „Gujar“, der im weiteren Sinne für all diese Hirten gebraucht wird, bezeichnet eigentlich streng genommen nur diejenigen, die Kühe zu betreuen haben. Es gibt jedoch verschiedene Untergruppen, z.B. die sogenannten „Bakarwal“, welche Ziegen oder Schafe hüten, auch gewisse Sippen, die sich nur mit der Zucht und Pflege von Pferden und Maultieren befassen.

Diese „Gujar“ nun wurden zu meinen besonderen Freunden, nicht nur weil sie Urdu oder einen davon abgeleiteten Dialekt sprechen und ich mich somit mit ihnen besser verständigen kann, sondern auch weil sie, im Gegensatz zu vielen Kashmiri, noch einen gesunden Stolz und ein nach Freiheit strebendes Selbstbewusstsein haben, ähnlich wie man es auch unter Schweizer Bergbauern antreffen kannMeist von hohem, schlankem Wuchs, - ich glaube, ich habe noch nie einen fetten „Gujar“ gesehen! - sind die Männer durch einen gut gepflegten Vollbart und einen kunstvoll aus gedrehten Tüchern geschlungenen Turban gekennzeichnet. Über dem Hemd und der weiten Pluderhose tragen sie meist einen wollenen Kittel (Abb. 15). Heute stammt dieser allerdings eventuell vom „Bangladesh-market“; die Etikette an der Innentasche mag dann anzeigen, dass er in Chicago oder London geschneidert wurde. Über die eine Schulter hängt meist eine solide, selbstgewobene wollene Decke. Die Füsse stecken entweder in Lederschlappen, die vorne in eine elegant nach oben gebogene Spitze oder sogar Spirale auslaufen, oder dann in selbst geflochtenen Strohsandalen (Abb. 16).

Die Frauen (Abb. 7) tragen ein langes, loses Gewand aus schwarzem Baumwollstoff. Die Verzierungen beschränken sich auf die hübsch bunt

gestickten Käpplein und den oft reichen Silberschmuck, der an den Ohren und um den Hals hängt. Die Haare sind kunstvoll in kleine, mit ranziger Butter eingefettete Zöpflein geflochten. Selbst die kleinen Mädchen sind so gekleidet, während die Buben schon früh den Stil ihrer Väter nachahmen.

Wie die Sennen in den Alpen, treiben diese Hirten ihr Vieh je nach Jahreszeit zu Weidgebieten in verschiedenen Höhenlagen (Abb. 15). Sie sind also nirgends auf die Dauer sesshaft. Ihre Berghütten wachsen sozusagen aus dem Hang heraus, so dass das flache Lehmdach, besonders wenn es mit Gras oder gar Gemüse bewachsen ist, sich kaum von der Umgebung unterscheidet. Da die Ventilation und oft auch der Rauchabzug vom offenen Herd sehr ungenügend sind, kommen viele Augenkrankheiten vor. Die einseitige Maisnahrung, ergänzt nur durch ein wenig Gemüse und Milch, selten etwas Fleisch, führt oft zu Vitaminmangel. Ausserdem leiden die Frauen, die wenig aus den stickigen Hütten an die Luft kommen, sehr häufig an Tuberkulose. Es findet also sozusagen eine Auswahl der Tüchtigsten statt. Wer all den Strapazen des Wanderlebens und der dürftigen Behausung und Ernährung nicht gewachsen ist, findet früh den Tod.

Man erzählte mir, dass die Geburten bei diesen Frauen gelegentlich auf der Wanderung stattfinden. Die Frau bleibt, unter Umständen sogar allein, etwas hinter dem Haupttross zurück, bringt das Kind in Hockstellung zur Welt, durchtrennt die Nabelschnur - vermutlich mit der auch in anderen Berggebieten Indiens dazu benützten Gras-Sichel! - und beeilt sich dann, mit dem Neugeborenen ihre Sippe wieder einzuholen. Kein Wunder, dass da die Säuglingssterblichkeit, besonders an Tetanus der Neugeborenen, noch sehr hoch ist!

Die Kinder bekommen kaum Gelegenheit, eine Schule zu besuchen, wirken aber oft sehr aufgeweckt und intelligent. In frühem Alter, oft schon mit 14-15 Jahren, werden besonders die Mädchen verheiratet.

Dennoch machen Alpaufzug und Talfahrt dieser markanten Gestalten, - sie erinnern einen an die Illustrationen der Geschichten des Alten Testamentes in der Kinderbibel -, einen stolzen und irgendwie gesunden Eindruck: An der Spitze des Zuges schreitet meist ein älterer Mann, der mit seinem langen Stock

die wild umher rennenden und bellenden Hunde in Schach hält. Dahinter kommt, von den jüngeren Männern geführt, ein ganzer Zug von Pferden oder Maultieren, die mit dem auf hölzernen Tragsätteln sauber aufgeschichteten Hausrat beladen sind. Zugedeckt ist alles mit bunten, selbst gewobenen und selbst gesponnenen wollenen Decken, auf denen zuoberst die älteren Frauen und die kleinsten Kinder thronen. Dahinter läuft das Vieh, angetrieben und in Ordnung gehalten durch jüngere Männer, dann die Frauen, Burschen und ein ganzer Schwarm ausgelassener Buben und Mädchen (Abb. 15).

An Alpertrag wird neben Töpfen eingesottener Butter nur ein Vorrat von steinharten Käsefladen ins Tal hinunter gebracht. Die geronnene Milch wird auf einem Ziegenfell zu Fladenform ausgewalzt und dann in der Nähe des Kamins getrocknet. Roh ist dieses Produkt, das den Ziegen- und Kamingeruch beibehält, nicht zu geniessen. Es muss zuerst aufgeweicht und dann gebraten werden.

Wenn Angehörige dieser Hirtenstämme unser Spital aufsuchten, so bedeutete dies gewöhnlich, dass das kranke Familienglied bei uns aufgenommen werden musste und oft auch sehr lange bei uns blieb. Bei der nomadischen Lebensweise kam weder eine ambulante Behandlung noch häufiger Besuch bei einem hospitalisierten Kranken in Betracht. Ausserdem waren diese Patienten, besonders die Frauen unter ihnen, meist körperlich so erschöpft und durch Vitaminmangel und eventuell auch Tuberkulose geschwächt, dass nur Spitalbehandlung wirksame Abhilfe schaffen konnte. Es war dann jeweils erfreulich festzustellen, wie rasch diese Patienten auf Ruhe und bessere Ernährung, vor allem auch auf die Verabreichung von Vitamin B und im besondern Nikotinsäureamid reagierten. Nicht nur die charakteristischen Hautveränderungen der Pellagra: spröde, schuppige, braun verfärbte oder sogar in Geschwüren aufbrechende Haut an allen sonnenbestrahlten Körperstellen, verschwanden sehr prompt, sondern auch die psychischen Begleiterscheinungen wie Depression, Verfolgungswahn, Erregtheit oder im Gegenteil apathische Stumpfheit wichen oft erstaunlich rasch. Manchmal jedoch erfolgte die Einweisung zu spät, wenn der Körper bereits all seine Widerstandskraft aufgebraucht hatte.Ich erinnere mich besonders an

eine erschöpfte Frau mittleren Alters, die schon einer ganzen Reihe von Kindern das Leben geschenkt, aber wohl eine gute Anzahl davon bereits bei der Geburt oder in frühestem Säuglingsalter verloren hatte. Stumpf döste sie dahin und zeigte kaum Anzeichen einer Besserung. Nach ungefähr einer Woche meldete sich an einem Freitagmorgen der Ehemann mit einigen anderen Angehörigen. Obwohl die Besuchszeit eigentlich auf den Nachmittag angesetzt war, erlaubte ich ihnen selbstverständlich, die Frau zu sehen. Wie ein Häuflein Elend kauerte sie draussen im Garten an einer Mauer. Da es zu jener Jahreszeit morgens noch kühl war, forderte ich den stämmigen Gatten auf, sie an ein sonniges Plätzlein zu tragen und dort mit ihr zu sprechen. Er hob sie auf seine Arme, machte ein paar Schritte - und schon tat sie ihren letzten Atemzug. Behutsam setzte der Mann seine traurige Last ab. Meine Assistenten gerieten sofort in Aufregung und wollten sich um jeden Preis auch in dieser Situation noch nützlich erweisen. Einer von ihnen kam sogar in erstaunlicher Eile mit einer Spritze daher und wollte noch eine intrakardiale Injektion verabreichen. Ich werde nie vergessen, wie der dabei stehende Ehemann sich stolz aufrichtete und mit verdammender Stimme ausrief: „Ihr Narren! Was wollt Ihr noch, wenn Allah bereits entschieden hat?‟

Er erzählte uns dann, seine Frau habe wohl gewusst, dass sie diese Krankheit nicht überleben werde. Man habe sie jedoch in diesem Zustand nicht mit auf die Fahrt nehmen können. Sie habe vorausgesagt, sie werde an einem Freitag, also am heiligen Tag, sterben. Deshalb habe man sich die Mühe genommen, von weit her heute ins Spital zu kommen. Es war bewundernswert, wie daraufhin nicht nur unsere Angestellten, sondern auch unsere Nachbarn, ja sogar die Mitpatienten, sich bemühten, für die Hirtenfrau ein würdiges Begräbnis zu veranstalten.

Die Mohammedaner nehmen den Willen Gottes an. Wenn jemand stirbt, so ist eben seine von Allah bestimmte Lebenszeit abgelaufen, und kein menschliches Bemühen kann dagegen etwas tun. Von „Malpractice Prozessen‟, also Klagen auf Schadenersatz gegen Ärzte, die einen Kranken nicht retten konnten, habe ich bisher noch nie etwas gehört. Allerdings ändert sich auch hier dieser Geist frommen Annehmens des Schicksals. Von westlichen Ideen

verseuchte Emporkömmlinge haben es sich schon einfallen lassen, Spitalärzte auf der Stelle zu verprügeln, wenn ein Angehöriger entgegen ihren Erwartungen starb. In unserem Spital hatte jedoch der Tod oft noch ein sehr menschliches Gesicht.

Da war zum Beispiel ein alter Mann, der von seinen Angehörigen verlassen worden war, was übrigens damals noch recht selten vorkam. Eines Tages kam ein Hilfspfleger eiligst zu mir mit der Meldung, dieser Mann habe offenbar einen Herzschlag erlitten. Er atme schwer und sein Puls sei kaum zu fühlen. Ich untersuchte den Patienten, der an einem Grasbord lag, und stellte fest, dass da wirklich der Tod am Werk war und unsere Kunst wohl vergeblich sein würde, ganz abgesehen von der Tatsache, dass er eigentlich nichts mehr hatte, wofür es sich zu leben lohnte. Auch er selbst schien sich der Situation bewusst zu sein. Ich fragte ihn deshalb lediglich, ob er noch irgendeinen Wunsch habe. „Kawa“ konnte er noch flüstern; also süssen Gewürztee begehrte er. Rasch brachte ich die nötigen Ingredienzien aus meiner Wohnung, da derartige Luxusartikel natürlich im Spital nicht vorrätig waren. Ich konnte dem alten Mann, der inzwischen auf eine Schilfmatte in einem stillen Raum gelegt worden war, den gewünschten Trunk noch einflössen. Entspannt lehnte er sich dann an meine Knie, rutschte noch ein wenig näher, bis er halb auf meinem Schoss lag, und schied friedlich dahin.

Ich kann bei dieser Gelegenheit - obwohl ich damit vom „Volke der Hirten“ etwas abschweife - gleich noch beifügen, dass Fälle von Suizidversuch eigentlich sehr selten zu uns gebracht wurden. Während der fast zehn Jahre meiner Tätigkeit am Spital beging kein einziger der hospitalisierten Patienten Selbstmord. Einen wahrscheinlichen Versuch dazu entdeckte ich einmal gerade noch rechtzeitig: eine junge Frau hatte versucht, sich zu strangulieren, indem sie ihr langes Haar eng um den Hals wickelte. Nur drei oder viermal musste ich im Gefängnis - der Suizidversuch ist nach dem von den Briten hinterlassenen Strafrecht immer noch strafbar! - Männer im Involutionsalter besuchen, die versucht hatten, sich den Hals zu durchschneiden, gerade so, wie man dies bei den Schlachttieren tut. Eine Selbstopferung? Neben Sich-Ertränken in einem Ziehbrunnen und Erhängen ist das offenbar eine der beliebtesten, wenn auch

oft unwirksamen Methoden, seinem Leben ein Ende zu setzen.

Kehren wir jedoch zu unseren „Gujar" zurück, mit denen wir auch heitere Erlebnisse hatten:

Eines Tages wurde uns ein ungefähr 16-jähriger „Gujar"-Bursche gebracht. Der sei verrückt, hiess es. Er staune nur noch in den Tag hinein, rede unverständlich vor sich hin und arbeite nicht. So könne man ihn nicht mit auf die Bergweide nehmen. Der Junge, dessen Katatonie-artige Psychose wohl zum Teil auch mit Mangelernährung zusammen hing, fügte sich tadellos in die Spitalordnung ein und erholte sich in kurzer Zeit, so dass er fröhlich zu singen begann. Ungefähr ein Jahr nach seiner Entlassung stand er eines Tages allein vor dem Spitaltor und begehrte, mich zu sehen. „Ich will jetzt wieder ein paar Wochen lang hier sitzen", erklärte er mir. Offensichtlich war er erneut in geistige Verwirrung geraten, war jedoch noch selbst einsichtig genug, um sofort bei uns Hilfe zu suchen. Bevor noch ein Wärter Zeit fand, ihn zu durchsuchen, begann er selbst, seine Taschen zu leeren. Offenbar erinnerte er sich daran, dass dies zu den Eintrittsformalitäten gehörte und vor allem auch daran, dass Wertgegenstände, besonders Geld, bei mir, als der sichersten „Bank" in Verwahrung gegeben werden konnten. Feierlichst überreichte er mir ein winziges, in ein dunkelrotes Stoff-Fetzlein gehülltes Bündelchen. Es befanden sich darin ein paar Knöpfe, ein wenig Faden, etwas zerknülltes Papier und - wohl als grösste Kostbarkeit - eine Pakistani-Münze, im Wert ungefähr einem Schweizer Rappen entsprechend. Mit wichtiger Miene vertraute er mir seinen Schatz an. Dann begab er sich unter die andern Patienten, wo er wirklich, wie er es gewünscht hatte, hinkauerte und wohl mit sich selbst in aller Ruhe einiges auszumachen hatte.

Nach ungefähr drei Wochen, als er wieder frisch und munter und auch körperlich gestärkt war, kam er selbst, um seine Entlassung zu verlangen. Bevor ich ihn mit den nötigen Instruktionen für weiteres Einnehmen der Medikamente verabschiedete, holte ich sein Bündelchen aus dem Schrank, um es ihm zurück zu erstatten. „Nein", sagte er sehr bestimmt, „das bleibt jetzt hier!" Ob er wohl damit ein Pfand hinterlassen wollte, das ihm auch in Zukunft die Wiederaufnahme sichern würde? Oder ob er diesem „Schatz" die Kraft

eines Talisman zumutete, der vielleicht eine heilsame Verbindung zwischen ihm und der Hilfe spendenden Ärztin herstellen sollte? Oder sollte dieser, sein einziger Besitz, als Teil von ihm vielleicht vikarierend im Spital bleiben, so dass damit der Krankheit ihr Tribut gewährt war und sie ihn selbst nicht wieder angreifen würde? Auf jeden Fall kam er auch später noch mehrmals zu uns. Jedesmal zeigte ich ihm, dass ich sein Bündelchen sorgsam aufbewahrt hatte, was er jeweils mit Befriedigung zur Kenntnis nahm. Zurück nehmen wollte er es jedoch nicht.

Die Erklärung dieses „Gujar"-Jungen, dass er wieder einige Zeit im Spital „sitzen" wolle, darf man recht wörtlich nehmen, allerdings nicht im Sinne eines Sitzens, wie es im Westen üblich ist, also auf einem Stuhl oder einer Bank, sondern in Form eines am Boden Hockens. Die meisten unserer Patienten verbrachten den Tag, wenn sie nicht gerade zu einer Arbeit gerufen worden waren oder schliefen, entweder mit gekreuzten Beinen oder in dieser Hockstellung, sozusagen an den gebeugten Knien aufgehängt, im Garten vor sich hin sinnend oder vielleicht einfach, ohne jegliche Denkanstrengung, vegetierend. Ich begegnete also bei meinen Runden eigentlich nur relativ selten einem Patienten Auge in Auge, auf gleicher Höhe. Viel öfter musste ich, wenn ich mit jemandem reden wollte, mich zu ihm niederbeugen oder gelegentlich, wenn es eine längere Unterredung sein sollte, mich selber auch „in die Hocke" begeben.Es ist wohl anzunehmen, dass mein sorgendes Umhergehen unter diesen kauernden Gestalten einem alten „Gujar" ähnlich vorkam wie das Überwachen seiner Tiere durch einen Hirten. Auf jeden Fall fragte er mich, als er mich einmal bei meiner Runde beobachtete, anscheinend ganz unvermittelt, ob ich denn keinen Hund habe. Als ich verneinte, meinte er ganz besorgt: „Ihr solltet aber wirklich einen Hund haben! Das ist sehr nötig!" Ich mass der Bemerkung vorerst keine besondere Bedeutung bei. Doch als ich nach Arbeitsschluss heimkehrte, fand ich zu meiner Überraschung und Belustigung - wie hingezaubert! - einen Hund in meinem Garten. Das Tier, es war eine Hündin, war offenbar krank: ein zerfallender, geschwüriger Tumor ragte aus seinem hinteren Ende heraus. Vermutlich hatte es an diesem stillen Ort Schutz gesucht vor dem Beschnüffeln und vielleicht sogar vor Angriffen

durch andere Hunde. Obwohl ich auf Hunde nicht besonders gut zu sprechen bin, gewährte ich in diesem Falle Asyl, vielleicht in der Annahme, es bestehe zwischen diesem ungewohnten Besuch und dem Ausspruch des „Gujars" irgendein geheimnisvoller Zusammenhang.

Nach einiger Zeit sprang die Hündin wieder über die Mauer hinaus, kam aber in den nächsten Tagen und sogar Wochen ziemlich regelmässig wieder. Wasser oder Futter, das ich ihr vorzusetzen versuchte, berührte sie nicht. Offenbar war der Zweck des Besuches nur der, Ruhe vor Verfolgung zu finden. Eines Tages beobachtete ich, wie die Hündin, die zusehends schwächer geworden war, sich in der Sommerhitze vergeblich bemühte, über die Mauer zu springen und dabei schliesslich in einen Krampfanfall geriet. Ich nahm an, dass sie dem Ende nahe sei und wunderte mich nicht, als sie sich in den nächsten Tagen nicht wieder zeigte. Umso mehr staunte ich, als ich sie ein paar Wochen später aus einem Graben kriechen sah, gefolgt von drei jungen Hündlein!

Intrigen

Bevor ich nach Indien kam, waren für mich Intrigen etwas, das ich nur aus der Geschichte kannte, zum Beispiel während der römischen Kaiserzeit oder an den Fürstenhöfen der italienischen Renaissance, und aus den entsprechenden literarischen Gestaltungen, vor allem den Dramen von Shakespeare. Natürlich gab es auch das „Intrigieren" an der Basler Fasnacht, jenes geschickte, witzige Spiel, das man incognito unter einer Maske und mit verstellter Stimme mit seinen perplexen Opfern, z.B. seinen Lehrern und Vorgesetzten oder auch seinen politischen Gegnern oder vielleicht seiner vergeblich Angebeteten treibt. Vorausgesetzt, dass dies in eleganter und geistreicher Form geschieht, dürfen da in mystifizierender Weise allerlei Wahrheiten aufgetischt werden.

In Indien merkte ich jedoch bald, dass man mit dem, was wir im Westen „Intrigieren" nennen würden, ernsthaft rechnen muss. Was man als Europäer vorerst als irreführend oder gar perfid empfindet und was einem ein Gefühl der

Unsicherheit, des Hintergangenwerdens geben kann, ist allerdings oft gar nicht so bös gemeint. Meist steckt dahinter nur die grundsätzliche Bezogenheit des östlichen Menschen auf den gegenwärtigen Augenblick. Es gilt, diesen möglichst angenehm und zum eigenen Vorteil zu gestalten. Konsequenz, Beständigkeit, das Verfolgen einer geraden Linie, aber vor allem das Einhalten von Versprechen sind Tugenden, die in der östlichen Wert-Skala einen niedrigen Rang einnehmen. Man schätzt sie zwar an seinen westlichen Freunden und Geschäftspartnern; selbst jedoch erlaubt man sich ein Verhalten, das heutzutage die Soziologen „context-oriented", also „situationsbezogen" nennen. Der Begriff der Wahrheit ist dabei sehr dehnbar; auch feierliche Beteuerungen oder gar Eide im Namen des Höchsten garantieren keineswegs dafür, dass die so bezeugte Aussage mit der allgemein verbindlichen Wirklichkeit übereinstimmt.

Man lernt allmählich, an den Beteuerungen und Versprechungen der indischen Partner die nötigen Abstriche zu machen und gleichzeitig seine eigenen Erwartungen zurückzuschrauben. Vielleicht, wenn man das dafür nötige leichtherzige Temperament hat, kann man an diesem Spiel des Sich-Hingebens an den Zauber des gegenwärtigen Momentes sogar seine Freude haben, besonders wenn man als Tourist wieder abreisen kann, bevor man allzu stark in das soziale Netzwerk verstrickt worden ist.

Was ich dann in Kashmir vorfand, ging über diese noch relativ harmlose, spielerische Unzuverlässigkeit weit hinaus. Es waren scharf berechnende Strategien, ausgeklügelte Manöver, denen man hier oft nichtsahnend zum Opfer fiel. Man konnte keiner freundlichen Annäherung trauen. Bei jedem anscheinenden Beweis von Güte und Freigebigkeit hatte man sich zu fragen, welch früheres, noch verborgen gehaltenes Verschulden oder Unrecht wohl der Betreffende damit wieder gut machen wolle oder in welcher Form er einem nächstens die Rechnung für diesen Vorschuss präsentieren würde.

Dies galt nicht nur für persönliche und geschäftliche Beziehungen, z.B. im Verkehr mit Ladenbesitzern, sondern auch im Umgang mit den Behörden. Den Manipulationen der letzteren war man sogar noch hilfloser ausgesetzt; sie waren immerhin Träger einer Macht, der man sich nicht einfach entziehen

konnte. Als Regierungsangestellte geriet ich natürlich besonders oft in die Klemme. Dabei lernte ich mit der Zeit einige der beliebtesten Strategien kennen.

Ein Prinzip, wenn man von Prinzipien überhaupt reden kann (insgeheim nannte ich oft den „Principal“ unseres „Medical College“, mit dem ich vor allem zu tun hatte, „the unprincipled principal“, d.h. den „prinzipienlosen Prinzipal“...) ist, möglichst nie sich mit einem einzelnen Untergebenen unter vier Augen in eine Unterredung einzulassen, wenigstens nicht im Amtszimmer! Was jemand vor dem versammelten „Hofe“ und vor allem in Gegenwart der selten fehlenden Sykophanten nicht vorzulegen wagt, das muss eben ungesagt bleiben. Man kann sich so elegant dem Mitwissen und der Sorge um delikate Angelegenheiten entziehen und zugleich den Verdacht vermeiden, dass man mit Einzelnen konspiriere. Selbst wenn einem um Rat Fragenden oder ein Problem Vorbringenden schliesslich „coram publico“ Gehör gewährt wird, so geschieht dies mit vielfachen Unterbrechungen. Ähnlich wie dies gewisse Ladenbesitzer in Kashmir tun, um die Geduld ihrer Kundschaft zu sichern, muss jeder neu Hereintretende begrüsst und kurz nach seinem Anliegen gefragt werden. So muss der ursprünglich Angehörte oft mehrmals ansetzen, bis er seine Sache auch nur halbwegs vorbringen kann. Dieser Geduldsprobe kann man sich allerdings entziehen, indem man seine Berichte schriftlich an die zuständige Stelle sendet. Damit hat man aber noch keine Antwort, keinen Entscheid. Ist die Angelegenheit dann so dringend geworden, dass man auf seinen früheren Brief mahnend hinweisen muss, so heisst es oft, das betreffende Schreiben sei nie erhalten worden oder momentan unauffindbar.

Zweitens merkte ich bald, dass eine klare Linie und eine eindeutige Stellungnahme immer so lange als möglich vermieden wird. Man sitzt rittlings auf dem Zaun - wie man wohl den treffenden englischen Ausdruck „to sit on the fence“ übersetzen müsste -, scharf auf den Augenblick passend, in dem das Herabspringen auf der einen oder anderen Seite sich besonders gut lohnen mag oder vielleicht einfach unvermeidlich wird. Unterdessen wird jeder, der mit der betreffenden Sache irgend etwas zu tun hat und sich zu Hoffnungen berechtigt fühlt, mit guten Versprechungen und Beteuerungen des eigenen

Einsatzwillens hingehalten. Dabei wird ein- und derselbe Vorteil meist mehreren Anwärtern zugleich zugesichert. Bis dann die Entscheidung drängt, hat man bereits geschickt herausgefunden, auf welche Seite hin eine Gunsterweisung den grössten Nutzen einbringen mag. Die Enttäuschung und Entrüstung der leer Ausgehenden nimmt man in Kauf. Irgendwie wird sich schon eine Gelegenheit, vielleicht sogar eine Notlage bieten, in der man sich dann kompensierend hilfreich erweisen kann. Auf jeden Fall lassen sich durch solche Manipulationen wertvolle Hinweise darauf erhalten, wo und wie die Betreffenden am leichtesten verletzbar sind, ein Wissen, das einem bei späteren Gelegenheiten wieder erlauben kann, das Spiel noch raffinierter zu gestalten.

Mit meiner Stellung als Ausländerin konnte man natürlich besonders gut spielen. Gefiel einer meiner Vorschläge, so rühmte man sich stolz des internationalen Experten; ging man jedoch mit meinen Meinungen und Ratschlägen nicht einig, so hiess es verächtlich: „Ach die, die ist ja nicht von hier! Was kann die schon von unseren Angelegenheiten verstehen?"

Bald merkte ich so, dass es von Vorteil war, im Umgang mit Vorgesetzten und zum Teil auch mit Kollegen möglichst wenig von seinen Erwartungen und gefühlsmässigen Reaktionen zu verraten. Es galt, den anderen zu „mystifizieren", darüber im Dunkeln zu lassen, mit welchen Waffen man am leichtesten anzugreifen sei. Damit konnte man sich einiges an Enttäuschungen, Hintansetzungen und Beleidigungen ersparen. Andererseits erstickte natürlich die Notwendigkeit solch berechnender Zurückhaltung alle Spontaneität, Aufrichtigkeit und Herzlichkeit.

In meiner Tätigkeit als „Superintendent" des psychiatrischen Spitals geriet ich in ein ganzes Nest solcher Machenschaften hinein. Ich habe bereits erwähnt, dass ich trotz meiner anfänglichen Ablehnung gegenüber diesem Posten während meiner Ferienabwesenheit zum Nachfolger des zurücktretenden früheren Superintendenten ernannt worden war. Dies geschah nicht in Form einer persönlichen Wahl, sondern einfach „ex officio", durch einen allgemeinen Beschluss, dass nunmehr der Professor für Psychiatrie des „Medical College" dieses Amt zu versehen habe. Man versäumte jedoch -

absichtlich oder aus Versehen? -, die staatliche Wahlbehörde von diesem Beschluss gebührend in Kenntnis zu setzen. So erschien denn nach einiger Zeit im Amtsblatt und auch in den Tageszeitungen „ordnungsgemäss‟ eine Ausschreibung dieses Postens. Als ich den „Principal‟ des „Medical College‟ darauf aufmerksam machte, schien mir, als ob er blitzschnell die ersten unwillkürlichen Zeichen einer unliebsamen Überraschung unterdrücke. Er war darin ein Meister; auf jeden Fall tönte das sofort darauf anscheinend ganz unbekümmerte „Machen Sie sich darüber keine Sorgen; wir werden schon zum Rechten sehen‟ eigentlich ganz vertrauenerweckend.

Unterdessen versuchte ich, so gut es ging, mich in dieser verworrenen und unsicheren Situation zurecht zu finden. Mein „Deputy Superintendent‟, (Vize-Direktor), also der Kollege, mit dem ich eigentlich die Verantwortung und die Arbeit hätte teilen sollen, war derjenige, welcher gehofft hatte, selbst die Stellung des „Superintendent‟ einnehmen zu können und natürlich durch mein Dazwischentreten sehr verärgert war. Ich merkte sofort, dass ihm nicht zu trauen war. Bald näherte er sich mir mit zuckersüsser Schmeichelei; sah er aber, dass er mich damit nicht beeindrucken konnte, so begann er, wie ein unartiges Kind unversehens in unkontrollierter Wut gegen mich zu toben oder hartnäckig zu schmollen und natürlich ausserdem so viel als möglich versteckt zu intrigieren.

Um es gleich vorweg zu nehmen: dies unsympathische Verhalten setzte er nicht nur mir gegenüber als einem besonderen Feind ein; er kam eigentlich auf die Dauer mit niemandem aus und zerstritt sich schliesslich sogar mit seiner Familie.

Leider war die Situation im Spital so verzwickt, dass ich in vielen Belangen meiner Amtsausübung einfach auf ihn angewiesen war. Ich selbst war nämlich mit meinen Mitarbeitern von der medizinischen Fakultät im „Mental Hospital‟ nur mehr oder weniger „zu Gast‟. Die Staatsverwaltung von Jammu und Kashmir hatte ausser dem „Public Health Department‟, also dem „Gesundheitsamt‟, noch ein spezielles „Department of Medical Education‟, eine Spezialbehörde für medizinische Ausbildung. Während ich selbst und meine akademischen Mitarbeiter der letzteren unterstanden und von dort unsere

Besoldungen bezogen, gehörte das „Mental Hospital" samt Personal und Budget immer noch der Gesundheitsdirektion an. Obwohl mir die administrative Verantwortung für das Spital übertragen worden war, taugte also meine Unterschrift für verwaltungsmässige Belange überhaupt nichts. Ohne die Mitwirkung des „Deputy Superintendent", der zum Personalbestand des Spitals gehörte, konnte ich weder Material bestellen, noch Rechnungen gutheissen oder Forderungen an die Staatskasse unterschreiben, und vor allem auch keine Löhne an die Angestellten auszahlen.

Nun war es natürlich gerade dieser „Deputy Superintendent", der sich um die - irrtümlicherweise? - ausgeschriebene Stelle des „Superintendent" bewarb, und zwar offenbar ohne nennenswerte Konkurrenz. Ungefähr ein Jahr nach meiner Umsiedlung ins „Mental Hospital" - also nach einer Zeitspanne, die durchaus genügt hätte, um von Seiten der beteiligten Behörden die Doppelspurigkeit zu klären und zu beseitigen - präsentierte er stolz und höhnisch ein Schreiben, gemäss dem er durch die staatliche Wahlbehörde zum rechtmässigen Superintendenten gewählt worden war. Was nun? - Ich meldete die Situation meinem unmittelbaren Vorgesetzten, dem „Principal" des „Medical College". Zweifellos wusste er bereits um die Sache, die ihm sicher irgendwie gelegen kam. Er verstand es jedoch, sich bestürzt zu zeigen. Ich betonte, unter diesen Umständen sei ich nicht in der Lage, das mir anvertraute Amt wirklich zu versehen. Einige Tage später kam ein Regierungsbefehl folgenden Inhaltes: Der jüngere Kollege sei nun zwar „Superintendent"; er habe jedoch sein Amt unter der Aufsicht des Professors für Psychiatrie auszuüben. Damit wurde ich zum „All-over-Superintendent" also sozusagen zum „Super-Superintendenten" erhoben.

Ich rief meinen Kollegen, mit dem natürlich inzwischen die Beziehung schon gründlich verdorben war, und erklärte, es gebe meines Erachtens drei Varianten, um die problematische Situation einigermassen zu bewältigen: Entweder könne er sich als alleinigen Herrscher aufspielen, während ich mich in meiner fiktiven Rolle passiv in den Hintergrund verziehe, oder ich selbst könnte die Führung übernehmen und ihn links liegen lassen; drittens bestehe noch die Möglichkeit, dass wir beide versuchen sollten, im besten Interesse des

uns anvertrauten Spitals zusammen zu arbeiten; dabei könne er vielleicht noch etwas von mir, der beträchtlich älteren und erfahreneren Kollegin, lernen. Schliesslich, so fügte ich versöhnlich bei, könne ja weder er noch ich etwas dafür, dass diese merkwürdige Situation entstanden sei, und wir seien beide in der gleichen Zwangslage gefangen.

Mit demütiger, ja geradezu unterwürfiger Miene entschied sich der „Superintendent" für diese dritte Lösung. Er hielt sich denn auch tatsächlich einige Zeit recht gut daran. Zu einer idealen Zusammenarbeit kam es zwar nie; dazu war er viel zu eitel und unaufrichtig, viel zu sehr darauf aus, immer nur oberflächlich den Schein zu wahren, ohne sich grundlegend auf irgendwelche Werte festlegen zu wollen. Während dieser Zeit sprach er davon, er wolle ins Ausland gehen, um sich weiter auszubilden. Da ihm für diesen Zweck mein Wohlwollen sehr erwünscht war - konnten doch gute Zeugnisse und Ratschläge meinerseits einem solchen Unternehmen nur förderlich sein! - übertrieb er es sogar wieder einmal mit Höflichkeit und Gefügigkeit. Irgendwie - woran, weiss ich nicht genau - scheiterten jedoch seine Pläne, und er wurde wieder mürrisch, unzufrieden und aufbegehrerisch.

Einige Monate darauf starb der damalige „Chief Minister", also der Ministerpräsident des Staates Jammu und Kashmir. Tags darauf trumpfte der junge Kollege plötzlich mit einer „einseitigen Unabhängigkeitserklärung" auf. (Solche „Unilateral Declarations of Independence" lagen damals seitens bisheriger Kolonialstaaten in der Luft!) Dreist behauptete er, ich hätte überhaupt keine gesetzliche Grundlage für meine Stellung und kein Recht, ihm irgend etwas zu befehlen. Gemäss Vorschriften und Regeln der Regierung sei so etwas wie ein „All-over-Superintendent", der dazu noch einem anderen Regierungs-Departement angehöre, gar nicht möglich und machbar. Ich schlug ihm vor, die Sache gemeinsam dem „Principal" vorzulegen.

Dieser bemühte sich zwar in meiner Gegenwart, den Rebellen dazu zu ermahnen, mir als der älteren und erfahreneren Kollegin die nötige Ehrerbietung zu erweisen und sich von mir leiten zu lassen. Er gab ihm reichlich Gelegenheit, seine Klagen, Argumente und zum Teil Beleidigungen gegen mich vorzubringen; mich hingegen hörte er nur kurz an. Bald darauf

erwies er ihm sogar noch eine besondere Gunst, indem er ihm einfach von sich aus, ohne die Zustimmung der höheren Behörden einzuholen, einen „Lehrauftrag“ an der medizinischen Fakultät gewährte.

Die Hintergründe wurden mir bald klar: Der neue „Chief Minister“ war, im Gegensatz zu seinem Vorgänger, ein guter Freund des Vaters meines jungen Kollegen! Er fühlte sich jetzt politisch auf sicherem Grund und wagte deshalb, mit seinen wohl nie aufgegebenen Forderungen offen heraus zu treten. Als Ausländerin hatte ich, besonders in Anbetracht der offensichtlichen Doppelzüngigkeit des „Principal“, nicht viel Chancen, gegen diese „Machtergreifung“ aufzukommen. Zu einer offenen Konfrontation wollte ich es schon um der Patienten willen nicht kommen lassen. Ich trieb also bewährte schweizerische „Réduit-Politik“ und beschränkte mich zusammen mit meinen akademischen Mitarbeitern mehr und mehr nur noch auf die klinischen Bereiche, für die ich kraft meines Amtes als Professor der Psychiatrie zweifellos zuständig war. Obwohl der „Superintendent“ versprochen hatte, sich wenigstens meiner klinischen Autorität zu fügen, konnte ich auch in dieser Hinsicht deutlich seinen Widerstand spüren. Er gab nicht viel auf Methoden, die sorgfältiges und geduldiges Eingehen auf die Anliegen der Patienten verlangten, sondern schwor auf die Wirksamkeit des Elektroschocks. Meine Bemühungen, durch häufige Runden das Wohlergehen der Patienten persönlich zu überwachen, deutete er als ein Zeichen des Misstrauens gegenüber den Angestellten. Er konnte oder wollte nicht sehen, dass diese in ihrer Verdorbenheit, Unwissenheit und niedrigen Gesinnung ja gar kein Vertrauen verdienten und solche Überwachung dringend nötig hatten. Für ihn bedeutete das Amt des „Superintendent“, wie er mir einmal selbst erklärte, in einem geräumigen Bureau am Schreibtisch sitzend Hof zu halten und von dort aus über seine Untergebenen und die Patienten zu verfügen. Vor allem ging es ihm darum, um 16.00 Uhr, oder wenn möglich schon vorher, rasch das Spital zu verlassen und sich seiner Privatpraxis widmen zu können.

Da wir die einzigen Ärzte waren, die in der Nähe des Spitals freies Quartier zur Verfügung hatten, herrschte zwar zwischen uns eine Vereinbarung, dass ich für alle Notfälle von Arbeitsschluss, also von 16.00 Uhr

an bis 21.00 Uhr verantwortlich sein würde, während er selbst für die Nacht bis zum Wiederbeginn der Arbeit am nächsten Morgen auf Pikett stehen sollte. In die Sonntagsdienste konnten wir uns mit den anderen Kollegen teilen. Bald merkte ich jedoch, dass er sich nicht an diese Abmachung hielt. Da er damals anderswo für sich ein Haus bauen liess, kam er sogar wochenlang kaum je nachts in sein Quartier zurück. Dann musste entweder ich einspringen zu Zeiten, die für mich eigentlich Ruhepausen gewesen wären, oder es blieb einfach den Pflegern und Wärtern überlassen, Entscheidungen zu treffen und Funktionen auszuüben, für die sie in keiner Weise kompetent waren. Das Personal hatte offenbar Anweisung, es nach Möglichkeit zu vermeiden, meine Hilfe für hospitalisierte Patienten in Anspruch zu nehmen.

Als ich im Sommer des darauf folgenden Jahres, also ungefähr 1½ Jahre später, aus einem mehrwöchigen Europa-Urlaub zurück kam, berichteten mir meine Mitarbeiter vom „Medical College", dass der „Superintendent", in Missachtung der von mir schriftlich hinterlassenen Dienstpläne, ihnen in meiner Abwesenheit die Arbeit in den Krankensälen verwehrt oder mindestens absichtlich erschwert habe. Sie hatten sich so gezwungen gesehen, sich nur noch auf die Arbeit an der Poliklinik zu beschränken. Ich hatte keine Lust, die Situation wieder zu ändern und informierte den Superintendenten, dass ich mich weiter an die Arbeitsteilung halten würde, die von ihm während meiner Abwesenheit angeordnet worden sei. Ausserdem machte ich dem „Principal", allerdings nur mündlich, darüber Mitteilung.

Niemand hatte offenbar etwas dagegen einzuwenden. Dem „Principal" lag nur daran, dass ich unter allen Umständen - wie, war ihm offensichtlich gleichgültig - für das „Medical College" einen „Stützpunkt" am „Mental Hospital" verteidigen und festhalten sollte. „Halten Sie an Ihrem Sitz fest!" ermahnte er mich immer wieder. Dies war nämlich eine der Voraussetzungen für die Anerkennung der medizinischen Fakultät durch den „Indian Medical Council", d.h. die medizinische Aufsichtsbehörde der indischen Zentralregierung.

Ich selbst fragte mich oft, ob meine Entscheidung zum Rückzug aus dem Spitalbetrieb richtig gewesen sei. Sie wurde mir denn auch zu einem späteren

Zeitpunkt von gewissen Behörden als „Pflichtvernachlässigung" zum Vorwurf gemacht. Formell war ich in meinem Vorgehen jedoch durchaus gedeckt. Nicht nur auf meine erste Mitteilung hin, sondern auch auf die Schilderung der Situation im nächsten Jahresbericht hatten die Behörden in keiner Weise reagiert. Die immer wieder auftauchenden Zweifel meines eigenen Gewissens beruhigte ich mit dem Hinweis auf die Geschichte von Salomons Urteil: Lieber sollte die „falsche Mutter" das ganze Kind haben als dass es in zwei Teile zerschnitten werde. Auf meinen Fall angewendet: Lieber sollte das Spital ganz meinem Kollegen unterstehen als dass es zu leiden hätte unter den unvermeidlichen Gegensätzen zwischen meiner und meines Widersachers Art, mit den Patienten und dem Personal umzugehen.
Dass ich mich nicht einfach aus Bequemlichkeit und Verantwortungsscheu so aus der Sache gezogen hatte, spürte ich immer wieder daran, dass es mir wirklich zutiefst leid tat, die mir lieb gewordenen Patienten so vernachlässigt zu wissen und dass mir die Unmöglichkeit, weiter für sie zu sorgen und ihr Los zu verbessern, einen echten Verzicht bedeutete. Für genügend Arbeit war auf jeden Fall auch so gesorgt, da sich die beiden Ambulatorien rasch zu ansehnlichem Umfang entwickelt hatten.

* * *

Ein englisches Sprichwort lautet: „If you give a man a long enough rope, he will end up by hanging himself with it." Auf deutsch ungefähr: „Wenn Du einem Kerl die Leine locker genug hältst, so wird er sich schliesslich damit erhängen." Das war es auch tatsächlich, was der Superintendent mit dem freien Spielraum, den ich ihm gewährte, mit der Zeit anstellte. Allerdings dauerte es nochmals ganze 1½ Jahre, bis es so weit war.

Die Jahreszeiten in Kashmir sind meist ebenso unberechenbar wie die Menschen. Ich habe Winter erlebt, in denen das einzige, was an Schnee erinnerte, der bereits Ende Februar seine Pracht entfaltende Blütenschnee der Mandelbäume war. Dann konnte es wieder vorkommen, dass der Winter bis in den April hinein seinen Sack noch nicht fertig ausgeschüttet hatte und man erst im Mai daran denken konnte, die warmen Kleider abzulegen. In anderen Jahren lag bereits im Oktober der Schnee an den Berghängen bis weit hinunter,

so dass man sich schlotternd nach dem Moment - Mitte November! - sehnte, zu welchem man gemäss Regierungsverordnung die Heizvorrichtungen in Betrieb setzen durfte.

Der Winter 1974/75 nun war einer der schlimmsten, die ich erlebte. Er setzte schon sehr früh mit aller Strenge ein und wollte kein Ende nehmen. Es gab ausgiebige Schneefälle; vor allem jedoch gelang es der Sonne wochenlang kaum je, die dicke über dem Tal lagernde Wolkendecke zu durchdringen und etwas Wärme zu spenden. Wer einen akademischen Grad innehatte und somit zu den in Kashmir auf den Winter angesetzten langen Semesterferien berechtigt war, sah also mit freudiger Erwartung dieser Ferienzeit entgegen, die man dann meist dazu benützte, um sich in südlicheren Gegenden Indiens zu erwärmen. Ich selbst stand ab Mitte Dezember für sechs Wochen auf der Ferienliste und traf Vorbereitungen für eine Tätigkeit als Gastdozent in wärmeren Gefilden. Als ich zwei Tage vor der geplanten Abreise, anfangs Januar, von einem Gang in die Stadt in meine Wohnung zurück kehrte, wurde ich ins Spital gerufen.

Dort sass der Direktor des Departements für medizinische Ausbildung, ein etwas pompöser Sikh, der erst nach seiner Pensionierung von einem hohen Amt im Nachbarstaat sich noch für einen kurzfristigen Vertrag mit der Regierung von Kashmir hatte anwerben lassen. Er war also, wie ich, „einer von draussen". Er hatte soeben den Superintendenten verhört und wollte nun meine Aussagen und Kommentare zu der skandalösen Situation, die er angetroffen hatte, vernehmen. Ich war darauf keineswegs vorbereitet. Allerdings hatte ich munkeln gehört, dass in den letzten sechs Wochen mehrere Patienten gestorben waren. Einmal war ich sogar nachts, als mein Kollege sich wieder einmal ohne Meldung an mich von seinem Nachtdienst gedrückt hatte, gerufen worden, um eine merkwürdige Situation zu klären. Trotz aller Mahnungen, mich nicht in die Angelegenheiten des Spitals einzubeziehen, waren die Pfleger und Wärter damit offensichtlich nicht fertig geworden:

Am vorhergehenden Tag war wiederum einer der hospitalisierten

Patienten gestorben; ein anderer Patient hingegen sollte in Begleitung eines Angestellten nach Hause beurlaubt werden. Offenbar geschah es dann, dass die Leiche bei der Familie des noch lebenden, zu beurlaubenden Patienten abgeliefert wurde, während der Beurlaubte zum Haus des Toten gebracht wurde. Obwohl also offensichtlich schon vor Beginn meiner Ferien Chaos, Verwirrung und gänzliche Hilflosigkeit im Spital geherrscht hatten, war dafür gesorgt worden, dass ich und meine Kollegen vom „Medical College" nichts davon zu wissen bekamen.

Die Nachricht von der ausserordentlich raschen Folge der Todesfälle verbreitete sich allmählich, und die Journalisten begannen, eine „Sensation" zu wittern. Anstatt seine Vorgesetzten über die Schwierigkeiten zu informieren und sich bei ihnen Rat und, so weit als möglich, Deckung für seine Inkompetenz zu suchen, leistete sich nun der Superintendent noch den zusätzlichen Fehler, ohne Bewilligung der Behörden, von sich aus, eine Pressekonferenz zu veranstalten. Er benützte diese offenbar dazu, die Sache zu verharmlosen und den Anwesenden Sand in die Augen zu streuen. Verärgert darüber, brachten die Medienleute den Skandal, über den sie sich so leicht nicht täuschen liessen, nicht nur in die Seiten der Kashmiri Lokalblätter; sogar in den grossen indischen Tageszeitungen wurde er breitgeschlagen und ausserdem auch noch via Radio im Äther verbreitet. Da ich damals kaum je Radio hörte und nur hie und da eine englisch geschriebene Zeitung erwischte, hatte mich davon noch nichts erreicht. Die Behörden jedoch reagierten verständlicherweise sehr empfindlich auf diese Situation.

Dass gerade der Direktor für medizinische Ausbildung aus der Winter-Residenz der Regierung in Jammu über die verschneiten Berge nach Srinagar gesandt worden war und nicht der eigentliche Vorgesetzte des Superintendenten und seines Spitals, also der Direktor des Gesundheitsamtes, mag wohl seine Gründe gehabt haben. Auf jeden Fall war er es, also mein höchster Vorgesetzter, dem ich nun gegenüber sass. Ich erfuhr von ihm, dass in den letzten sechs Wochen 14 Patienten entweder im Spital selbst oder kurz nach Verlegung im Allgemeinspital des „Medical College" gestorben waren. Man schloss daraus, dass der Superintendent es nicht verstanden oder unterlassen

habe, seine Patienten vor der früh einsetzenden und ausserordentlich grimmigen Winterkälte zu schützen.

Ich erklärte ihm zuerst die Umstände, die dazu geführt hatten, dass ich mich mit meinen Kollegen vom „Medical College" schon vor 1½ Jahren aus der Arbeit im Spital zurückgezogen hatte. Zur Rechtfertigung meiner Ahnungslosigkeit wies ich ausserdem darauf hin, dass ich mich in den letzten 2 - 3 Wochen bereits ordnungsgemäss in den Winterferien befunden hatte und deshalb nicht einmal mehr an der Poliklinik tätig gewesen war.

Was die wahrscheinliche Ursache der Todesfälle anbetraf, so sprach ich meine Vermutung aus, dass - falls es sich nicht um eine Epidemie irgendeiner Infektionskrankheit handelte, wofür jedoch keine Anhaltspunkte vorlagen - kaum die Kälte als solche sich so fatal hätte auswirken können. Die Patienten seien wohl viel eher falsch angewendeter und ungenügend überwachter Wärme zum Opfer gefallen. Dies nahm der Direktor vorerst mit ungläubigem Staunen zur Kenntnis. Ich konnte ihm jedoch aus meiner eigenen Erfahrung berichten, wie schwierig es sei, diese unverständigen, oft unberechenbaren oder sogar gewalttätigen Patienten vor Schaden durch die primitiven uns zur Verfügung stehenden Heizeinrichtungen zu bewahren und auch in einem strengen Winter die sonst durch die „Freiluftbehandlung" in einem Mindestmass gewährleistete Hygiene aufrecht zu erhalten. Ich erinnerte daran, dass ich gleich nach Antritt meiner Tätigkeit an diesem Spital, also schon vor vier Jahren, in einem umfangreichen und gründlichen Bericht über dessen damaligen Zustand auf alle Mängel hingewiesen und den Behörden wiederholt Vorschläge zu ihrer Verbesserung unterbreitet hatte, jedoch ohne Erfolg.

Auf alle Fälle gelang es mir, den Direktor zu überzeugen, dass ich selbst und die mir, und somit auch ihm selbst, unterstellten Kollegen schon seit 1½ Jahren nichts mehr mit der Betreuung der Spital-Insassen zu tun gehabt hatten und dass uns daher für das jetzige bedauernswerte Geschehen keine Schuld und Verantwortung treffen konnte. Es wäre die Pflicht des jetzigen Superintendenten gewesen, bei mir Rat zu holen oder sich an seine Vorgesetzten im Gesundheits-Departement zu wenden, als er merkte, dass er mit der Situation nicht mehr zurecht kam. Er hatte aber offenbar den Ehrgeiz

zu zeigen, dass er selbst fähig sei, zum Rechten zu sehen. Als dann seine Pechsträhne immer dicker und schwärzer wurde, hatte er nicht den Mut, rechtzeitig sein Ungenügen einzugestehen und um Hilfe zu bitten.

Dies hörte offenbar der Direktor nur allzu gern. Erstens konnte er auf Grund meiner Erklärungen mich als am Skandal nicht beteiligte Sachverständige sofort - unter Annullierung meiner Ferien und der bereits gekauften Flugkarten - als rechtmässigen „Superintendent" einsetzen, womit ihm die fast aussichtslose Suche nach einem andern Ersatz für den natürlich sofort seines Amtes enthobenen Kollegen erspart blieb. Zweitens bedeutete es für ihn offensichtlich eine persönliche Genugtuung und vielleicht eine Gelegenheit, frühere Scharten auszuwetzen, dass er aus seinem eigenen Departement so prompt die nötige Mannschaft bereitstellen konnte, um das Spital zu retten, nachdem ein Untergebener seines Rivalen, des Gesundheitsdirektors, es durch seine Unfähigkeit und seinen verbohrten Eigensinn in diese skandalöse Situation hinein manövriert hatte.

Wir bauen ein „hamĀm"*

Eigentlich hätte ich es mir gerne erspart, das vorangehende recht peinliche und letzten Endes traurige Kapitel zu schreiben und jemanden, der immerhin ein Kollege war, so blosszustellen. Ich hätte jedoch auf andere Weise kaum klar machen können, warum es mir, trotz meiner Ernennung zum „Superintendent" bereits vor mehr als vier Jahren, bis dahin nicht möglich gewesen war, die hygienischen Verhältnisse und ganz allgemein die Betreuung der hospitalisierten Patienten wesentlich zu verbessern. Die bedenkliche Geschichte, über die ich soeben berichtet habe, gibt ausserdem ein Mass ab für die Gleichgültigkeit und Hartherzigkeit, mit welcher die Behörden die Bedürfnisse der Geisteskranken vernachlässigten oder gar ignorierten. Auch jetzt ging es nur langsam vorwärts, und es galt, noch zweieinhalb weitere Winter durchzuhalten, und zwar mit den gleichen primitiven Einrichtungen, bis endlich die von mir vorgeschlagenen Neuerungen wirksam werden konnten.

Immerhin sass ich jetzt - zum ersten Mal in mehr als vier Jahren! - völlig unbestrittenermassen auf dem Sessel des Spitaldirektors, den ich bisher meinem Widersacher überlassen hatte. Als erstes stiess ich natürlich einen Seufzer der Erleichterung aus darüber, dass wieder einmal - wie dies schon in früheren Krisen während meiner jetzt bereits 19-jährigen Tätigkeit in Indien der Fall gewesen war - auf ganz überraschende Weise das Schicksal eingegriffen und schlagartig eine für mich günstige Wendung herbeigeführt hatte. Wenn man dies auf indische Weise ausdrücken will, so denkt man an Shiva, den Zerstörer, mit seinem alles wandelnden Tanze. Allerdings war dazu das Opfer von 14 Menschenleben nötig gewesen!

Zu allererst galt es nun zu erforschen, wie dies vorerst fast unbegreiflich grosse Sterben unter den hospitalisierten Patienten zustande gekommen war. Meine sofortige Inspektion der Krankensäle, die Befragung der Angestellten und die Durchsicht der allerdings sehr dürftigen Krankengeschichten der Verstorbenen, die mir vor ihrer Beschlagnahme durch die Regierung noch gestattet wurde, überzeugten mich, dass meine absurde Vermutung richtig war: Die Kranken waren nicht an Kälte, sondern an falsch angewendeter und ungenügend überwachter Hitze gestorben! Die auf Grund dieser Theorie sofort angeordneten Massnahmen, deren Durchführung natürlich von mir strengstens persönlich überwacht wurde, war tatsächlich erfolgreich. Während der restlichen drei Wintermonate starb nur noch ein einziger Patient und im ganzen damals gerade beginnenden Kalenderjahr konnte die Mortalitätsziffer von 3.1 % aller aufgenommener Patienten im Vorjahr auf nur 1.1 % gesenkt werden.

Vorläufig mag wohl meine „Theorie" bei den Lesern ebenso viel ungläubiges Kopfschütteln verursacht haben, wie dies beim Direktor für medizinische Ausbildung und später auch bei andern Beamten der Fall war. Ich muss deshalb etwas weiter ausholen, und zwar nicht nur um das damals bereits Geschehene zu erklären, sondern auch das Verständnis zu fördern für die recht eigenartige Lösung, zu der wir dann gelangten, um Ähnliches in Zukunft zu vermeiden.

Unser Spital war wohl das einzige „Mental Hospital" in ganz Indien, in welchem das Problem des Heizens im Winter gelöst werden musste. In allen

andern Gegenden, in denen sich solche Anstalten befinden, kann man, mit seltenen Ausnahmen, damit rechnen, dass auch im Winter die Temperatur einigermassen erträglich bleibt, dass vor allem kein Schnee fällt und die Sonne nach kurzen Verhüllungen wieder durchbricht und alles wärmt. Ja, in vielen Regionen ist sogar der Winter mit täglich klarblauem Himmel die angenehmste Jahreszeit. Ausser der Zuteilung von Woll- oder Steppdecken und wärmerer Kleidung sind unter diesen Umständen besondere Massnahmen kaum nötig.

Wie schützen sich aber die Kashmiri gewohnterweise gegen die Kälte? Nun, man trägt in den Falten des weiten wollenen Obergewandes, dessen Ärmel man dann leer herunterhängen lässt, einen irdenen Topf, der mit glühender Asche gefüllt und sauber in einen Weidenkorb mit einem Henkel eingepasst ist, das sogenannte „kangri" (Fig. 18 und 7). Man kann sich vorstellen, dass dieses individuelle Heizungs-System, das man Tag und Nacht an sich gedrückt hält, die Bereitschaft, seine Hände anderweitig zu gebrauchen, bedeutend herabsetzt. Ich selbst lehnte es immer ab, ein solches „kangri" zu benützen, waren doch meine Hände immer anderswie beschäftigt. Für den von Natur aus Arbeit gerne vermeidenden Kashmiri bedeutet jedoch diese Notwendigkeit, für seinen Feuertopf zu sorgen, eine willkommene Dispensation von anderer Tätigkeit.

Man erzählte mir eine Geschichte über den Ursprung dieses Brauches: Vor mehreren hundert Jahren soll einmal ein fremder Herrscher sich überlegt haben, wie der Hitzköpfigkeit und Streitsucht seiner Kashmiri Untertanen erfolgreich beizukommen wäre. Ein kluger Minister riet ihm dann, den „pheran", eben das bereits erwähnte lose Obergewand mit den „fakultativen" weiten Ärmeln, und für den Winter den beschriebenen Feuertopf, das „kangri", einzuführen. Die Erwartung war, dass, so ausgerüstet, die Kashmiri weniger rasch bereit sein würden, bei der geringsten Herausforderung sich gleich zu zerstörerischen und verletzenden Tätlichkeiten hinreissen zu lassen. Das Experiment gelang bis zu einem gewissen Grade, hatte jedoch im Extremfall gerade die entgegengesetzte Wirkung: Wenn ein Kashmiri, der ein „kangri" trägt, über ein gewisses Mass an Erregung und Wut hinaus gerät, so wird der Feuertopf selbst zum handlichen Wurfgeschoss. Man kann sich leicht vorstellen,

welch scheussliche Verletzungen zustande kommen, wenn in einem Streit ein heisser Aschenregen über den Gegner geschüttet oder der ganze Topf gegen seinen Schädel geschleudert wird!

Wenn also sogar gewöhnliche Kashmiri ihren Wärmespender so missbrauchen können, wie konnte man dann psychiatrischen Patienten zutrauen, dass sie damit sorgfältiger umgehen sollten? Als ich mein Amt am „Mental Hospital" antrat, fand ich im Material-Lager einen beträchtlichen Vorrat solcher „kangri". Mein Vorgänger hatte sich offenbar nicht gescheut, sie den Patienten - allerdings nur den „zuverlässigen", wie mir die Angestellten versicherten - auszuteilen. Aber was hinderte dann die anderen, weniger vertrauenswürdigen Insassen daran, das begehrte Ding wegzuschnappen und damit nicht nur Kleider und Bettzeug zu verbrennen, sondern auch Mitpatienten oder Angestellte zu verletzen oder gar umzubringen? Überdies bedeutete ein „kangri", wie ich später immer wieder feststellen musste, eine ganz besondere Gefahr für alle Anfallskranken. Viele unter den Epileptikern, die wir in der Poliklinik betreuten, zeigten Spuren mehrfacher Verbrennungen, ja sogar völlige Verstümmelung der Hände. Auch für denjenigen, der relativ sorgfältig mit diesem Heizgerät umgeht, besteht mindestens die Gefahr, dauernde Hautschädigungen an Bauch und Oberschenkeln davon zu tragen, die nicht selten zu Hautkrebs degenerieren. Ich war also nicht gewillt, diese Wärmequelle für unsere Patienten einzusetzen. Meine Kollegen gingen in diesem Punkt mit mir einig.

Eine in Kashmir übliche Alternative, die sich jedoch nur relativ reiche Leute leisten können, ist das „bukhāri", ein kleiner zylindrischer Blechofen, welcher entweder mit Kohle oder, in einer etwas solideren Ausführung, mit Holz geheizt werden kann. Dieser Hitzespender ist jedoch sozusagen ein „Einweg-Artikel", allerdings nicht im modernen Sinne! Gemeint ist damit, dass die gleiche runde Öffnung oben auf dem Zylinder nicht nur zum Einfüllen des Brennmaterials und zum Schüren des Feuers, eventuell auch zum Kochen, sondern auch zum Ausleeren der Schlacken dient (Fig. 5). Man muss also jeweils nach 4 - 6 Stunden, wenn eine Ladung herunter gebrannt ist, den Ofen erkalten lassen. Erst dann kann man das gebogene Rohr, das jedes Jahr neu

durch ein Loch in einer Fensterscheibe nach aussen gesteckt werden muss, abmontieren, die ganze Einrichtung ins Freie tragen und dort auf den Kopf stellen, um die Überreste auszuleeren. Das kleine Türlein im unteren Teil des auf wackligen Beinen stehenden Blechzylinders dient nur dazu, die Luftzufuhr zu regulieren und die durch ein Gitter herunter fallende feine Asche zu entfernen.

Für die offizielle Heiz-Saison, die, ohne Rücksicht auf die tatsächlichen Witterungsverhältnisse, immer vom 15. November bis zum 15. März angesetzt war, wurden solche Öfelein auch in unserem Spital montiert, und zwar nicht nur in den Bureaux, sondern auch in den Krankensälen. Man kann sich leicht vorstellen, dass auch diese Wärmequelle keine grosse Sicherheit bot. Unsere Patienten, daran gewöhnt, ihr „kangri" dicht an den Leib zu drücken, meinten, man müsste nun auch zu diesem anderen, ihnen ungewohnten Heizgerät so nahe als möglich heran rücken. Dies führte natürlich nicht nur zu Verbrennungen von Kleidern und Haut, sondern auch zu häufigem Streit um den wärmsten Platz. Dabei konnte es dann geschehen, dass die ganze wenig stabile Einrichtung umfiel oder dass sogar ein ausser sich geratener Patient versuchte, sie zu ergreifen und damit um sich zu schlagen oder zu werfen. Ferner bestand Gefahr, dass infolge unsorgfältigen Zusammenfügens der Rohre giftige Gase in die Zimmerluft entwichen. Ausserdem versäumten die Angestellten es oft, auf den bis zur Rotglut erhitzten Öfelein ständig Gefässe mit Wasser zum Verdunsten aufzustellen und darüber zu wachen, dass dieses nicht zu anderen Zwecken verwendet oder verschwendet wurde. So wurde die Luft zu trocken, was wiederum auf die Schleimhäute der Atemwege eine ungünstige Wirkung haben konnte.

Dieses Heizsystem war also ohne grosses Risiko nur verwendbar, wenn die Angestellten es ständig gewissenhaft überwachten und man sich darauf verlassen konnte, dass die Patienten nie ohne Aufsicht in einem so erwärmten Raume, besonders aber nicht im sogenannten „Strohsaal", sich selbst überlassen blieben. Während der Winter, in denen ich für die Spitalinsassen noch verantwortlich gewesen war, hatte ich selbst zur Genüge gelernt, dass die Durchführung dieser Vorsichtsmassnahmen nur durch ständige strenge

Kontrolle und Überraschungsvisiten zu jeder Tag- und Nachtzeit einigermassen garantiert werden konnte.

Erschwerend kam noch dazu - auch dies wieder etwas, was sich der westliche Leser kaum vorstellen kann -, dass die Pfleger und Wärter ganz allgemein sehr abgeneigt waren, nachts bei den Patienten in den Krankensälen zu bleiben. Die Türen konnten nämlich nur von aussen mit Riegeln und Hängeschlössern zugesperrt werden. War man einmal drinnen eingeschlossen, so konnte man ohne Hilfe von aussen nicht wieder heraus gelangen. Wären aber die Schlösser von innen zu öffnen gewesen (Schlösser, die von beiden Seiten zu öffnen sind und vor allem „Passepartouts", wie man sie im Westen in psychiatrischen Kliniken benützt, gab es damals in Indien noch kaum), so hätte man ja wach bleiben müssen, um zu verhüten, dass sich die Patienten der Schlüssel bemächtigten und das Weite suchten.

Dazu kam noch der Ekel vor naher Berührung mit den meist recht unsauberen Patienten und die Angst vor Angriffen durch gewalttätige Geisteskranke. Ohne scharfe persönliche Kontrolle konnte man also nicht darauf zählen, dass die Angestellten gewissenhaft die Heizeinrichtungen und die damit verbundenen hygienischen Massnahmen überwachen würden.

Mein Kollege nun hatte es sich offenbar in dieser Beziehung leicht gemacht und sich einfach auf seinen illusionären Glauben an die Tüchtigkeit und Redlichkeit seiner Angestellten verlassen. Immerhin war er sich offenbar dessen bewusst, dass er den Vorwurf, seine Patienten der Kälte auszusetzen, vermeiden musste. Er tat jedoch zu viel des Guten. Er gab, soviel ich herausfinden konnte, Befehl, die Patienten tagsüber möglichst nicht ins Freie gehen zu lassen. Anstatt wenigstens während der eigentlichen Nachtschicht, also von ungefähr 22.00 bis 06.00 Uhr, das Heizen zu unterlassen, da dann die Räume vom Tag her genügend erwärmt waren und die Patienten ausserdem in ihre Wolldecken gehüllt waren oder im dichten Stroh steckten, liess er auch nachts die Blechöfelein brennen, jedoch ohne Lüftung und Luftbefeuchtung, und vor allem ohne das Verhalten der Patienten selbst genügend zu kontrollieren oder mindestens durch zuverlässige Angestellte überwachen zu lassen.

Die meisten unserer Patienten waren sehr abgehärtet und nicht an Stubenluft gewöhnt. Es zeigte sich denn auch, dass die Unentwegten, die bei jedem Wetter draussen im Garten und auf den gedeckten Terrassen umher gestreift waren, anstatt vorschriftsgemäss hinter dem Ofen zu sitzen, gesundheitlich am besten dran waren. Diejenigen, welche sich allzu nahe an die Ofenwärme gedrückt hatten, riskierten Infektionen der Atemwege, die sich natürlich unter den dicht zusammen gedrängten Patienten auf den ausgetrockneten Schleimhäuten und in der stickigen Luft rasch verbreiteten.

Nun konnte man bei unseren meist sehr unvernünftigen und dazu noch durch ihre Krankheit verwirrten, gleichgültigen oder depressiven Patienten nicht damit rechnen, dass sie kleinere gesundheitliche Störungen rechtzeitig und auf verständliche Weise melden würden. Ausserdem durfte man sich auf die Pflichttreue und Beobachtungsgabe des Pflege- und Wachtpersonals ebenfalls nicht verlassen. Darüber hinaus konnten auch die Psychopharmaka gelegentlich erste Anzeichen einer Erkrankung verhüllen. So mochte es vorkommen, dass eine Erkältung erst dann entdeckt wurde, wenn sie sich bereits zu einer Lungenentzündung ausgewachsen hatte und der Betreffende keuchend und schwitzend hoch fieberte oder bereits in den letzten Zügen lag. Auch dann noch waren es oft Mitpatienten, die das Pflegepersonal auf den kritischen Zustand ihres Gefährten aufmerksam machten.

In Anbetracht all dieser mir bereits zur Genüge bekannten Gefahren, fiel es mir nicht allzu schwer, die nötigen Verordnungen für eine bessere Hygiene und einen aktiveren Tageslauf zu erlassen. Was mir jedoch nicht erspart blieb, war die Mühe ständiger sorgfältiger Überwachung ihrer Durchführung. Jeden Abend, und natürlich mehrmals während der Arbeitszeit machte ich meine Runde, darauf achtend, dass wirklich jeder Patient im für ihn bestimmten Krankensaal - reden wir lieber nicht vom „für ihn bestimmten Bett"! - untergebracht war, dass jeder genügend Wolldecken hatte und dass niemand Anzeichen einer Infektion, einer Verbrennung oder einer Verletzung darbot. Oft machte ich nachts, bevor ich zu Bett ging, nochmals eine Überraschungs-Visite, um festzustellen, ob die Blechöfelein nach der Abendschicht tatsächlich aus den Krankensälen entfernt worden waren und ob die Angestellten wirklich

wachsam ihren Nachtdienst versahen. Allmählich gelang es mir auch, für die Hilfspfleger Einführungskurse in ihre Pflichten zu organisieren und so ihr Verständnis für gewisse Massnahmen zu fördern.

Wie bereits erwähnt, lohnte sich dieser mühevolle Einsatz, und zwar nicht nur in den restlichen Monaten jenes fatalen Winters, sondern auch in den beiden darauf folgenden kalten Jahreszeiten.

Trotzdem galt es, sich ernstlich zu überlegen, wie auf sichere und hygienisch einwandfreie Art unseren Patienten die nötige Wärme gespendet werden könnte. Durch das unglückselige Geschehen aus ihrer Apathie aufgeschreckt und gewarnt, waren die Behörden eher als sonst bereit, sich die Sache etwas kosten zu lassen. Diese Gelegenheit musste benützt werden. Die erste Vorbedingung war allerdings, dass endlich einmal die administrative und die klinische Direktion des Spitals unter einen Hut gebracht wurden. Dies geschah erst im Sommer darauf in Form einer völligen Unterstellung der nun „Hospital for Psychiatric Diseases“ genannten Anstalt unter das Amt für medizinische Ausbildung.

Jetzt bestand also endlich Aussicht, dass meine längst ausgedachten und zum Teil bereits formulierten Vorschläge für Ausbau und Verbesserung des rückständigen Spitals Gehör finden würden. Ich hatte nun auch Zugang zu den Experten des Bau-Departementes. Eines der ersten Probleme, das mit ihnen diskutiert wurde, war natürlich das eines geeigneten Heizungs-Systems.

Hoffnungsvoll, aber gänzlich unrealistisch, sprach man zuerst von einer Zentralheizung. Bis vor kurzem war in ganz Kashmir das einzige Gebäude, das sich einer Zentralheizung rühmen konnte, das Allgemeinspital des „Medical College“, welches unter dem Patronat eines der letzten britischen Vize-Könige erbaut worden war. Natürlich war die ganze Heiz-Installation „foreign made“, also importiert, und man hatte grosse Mühe, das bereits alt und rostig gewordene System durch notdürftige Reparaturen jeweils wieder betriebsbereit zu machen. Erst in allerletzter Zeit hatte man begonnen, durch eine indische Firma von jenseits der Berge, vermutlich mit westlicher Beteiligung, in feudalen Hotel-Neubauten Zentralheizungen einzubauen. Sie mussten sich jedoch erst noch bewähren. Das Heizmaterial - sowohl Kohle als auch Öl -

musste natürlich über den 2700 m hohen Bergpass eingeführt werden. Dabei riskierte man, dass die Strasse gerade dann durch Schneefall oder Erdrutsche unbrauchbar geworden war, wenn Nachschub am dringendsten nötig gewesen wäre.

Ich sah die Unmöglichkeit dieses Vorschlages sofort ein. In den weitläufig zu ebener Erde angeordneten Gebäuden unseres Spitals, in Räumen, die alle direkt nach aussen führten und bei schlecht schliessenden, ja sogar lottrigen Fenstern und Türen, wäre der Nutzeffekt einer Zentralheizung minimal gewesen. Überdies hätte man, um die Installationen vor Beschädigung durch die Patienten zu schützen, alle Heizkörper und Röhren sorgfältig mit teurem Material verkleiden müssen.

Die Experten begannen zu begreifen, dass man auf die merkwürdigen Gewohnheiten unserer Patienten Rücksicht zu nehmen hatte. „Also, warum denn nicht eine elektrische Beheizung durch Strahler von der Decke herunter?" hiess es weiter. Nun, Hitze steigt gewöhnlich aufwärts! Die Strahler hätten wohl lediglich die hölzernen Zimmerdecken verbrannt und nach unten wenig Wärme gespendet. Ausserdem war besonders im Winter die Elektrizitätsversorgung keineswegs zuverlässig. Um Strom einzusparen, wurde sie oft mit Ausnahme von wenigen Stunden am Tag unterbunden, wenn sie nicht gar durch massive Schneefälle oder Stürme ganz stillgelegt wurde.

Ich selbst hatte während den vielen Jahren meiner Tätigkeit in Indien und besonders unter analphabetischen Leuten schon längst gemerkt, dass jede Einrichtung, die allzu sehr nach differenzierten westlichen Modellen gestaltet ist, nicht nur durch Unverstand und Missbrauch, sondern auch durch ungenügende Sorgfalt im Unterhalt in kürzester Zeit ruiniert wird. Dies galt vor allem für sanitäre Installationen: Sogar in Neubauten, z.B. Spitälern, Universitätsinstituten, Verwaltungsgebäuden, Hotels sehen die Toiletten sehr bald nach der Eröffnung nicht nur ganz unappetitlich aus, sondern man findet kaum mehr irgend etwas, das richtig funktioniert. Geschieht dies sogar dort, wo relativ gebildete und disziplinierte Menschen sich der Produkte westlicher Technik bedienen, wie würde es dann bei unseren psychiatrischen Patienten aussehen? Sie waren ja meist analphabetische Bauern aus abgelegenen

Bergtälern, einige von ihnen sogar halb-nomadische Hirten, und dazu noch in verwirrtem Geisteszustand!

Ich selbst, als Europäerin, hatte schon gleich zu Beginn meiner Tätigkeit an diesem Spital den reaktionären Schritt gewagt, in den Krankensälen alle die 1958 installierten Toiletten mit Wasserspülung, die kaum mehr brauchbar waren, ekelerregend aussahen und auch einen entsprechend üblen Geruch verbreiteten, heraus reissen zu lassen und sie durch einfache, betonierte Graben-Latrinen zu ersetzen. Diese wurden dann von den Patienten vernünftig benützt und von unserer Reinigungsmannschaft tadellos sauber gehalten. Es musste also auch ein Heizungs-System gefunden werden, das unseren Patienten vertraut war und mit dem sie somit automatisch richtig umgehen würden.

Schliesslich erwähnte jemand die Möglichkeit eines „hamām". Davon hatte ich schon einiges gehört; ich musste mich jedoch zuerst noch genauer darüber informieren lassen, und auch der Leser bedarf wohl einer Erklärung.

Bevor gläubige Mohammedaner ihre Gebete sagen, besonders wenn dies in einer Moschee geschieht, sollten sie ihre Hände und Füsse waschen, insbesondere aber darauf achten, dass weder Haut noch Kleidung mit Spuren von Urin verunreinigt sind. In heissen Ländern braucht man hiefür keine komplizierten Einrichtungen. In Kashmir jedoch bedeutet es eine Wohltat, im kalten Winter in den Moscheen eine Heisswasserversorgung zu haben. Die meisten Moscheen, aber auch einige Barbierläden und Privathäuser, verfügen deshalb über ein sogenanntes „hamām".

Dieses besteht aus einer kleinen Heizkammer, in welcher von ausserhalb des Gebäudes her Brennmaterial eingefüllt, angezündet und geschürt wird. Durch dieses Feuer wird nicht nur ein grosser Kupferkessel erhitzt, der das heisse Wasser für die kleinen Badekabinen liefert, sondern der Rauch, durch Kanäle zwischen einem doppelten Boden gelenkt, heizt ausserdem die Bodenplatten des angrenzenden Raumes. Ich hatte natürlich in Europa ausgegrabene Überreste von römischen Bädern gesehen. Das Kashmiri „hamām" ist jedoch etwas anders konstruiert, und es war noch einiger Anschauungsunterricht nötig, bis ich völlig verstand, wie diese Einrichtung

funktioniert.

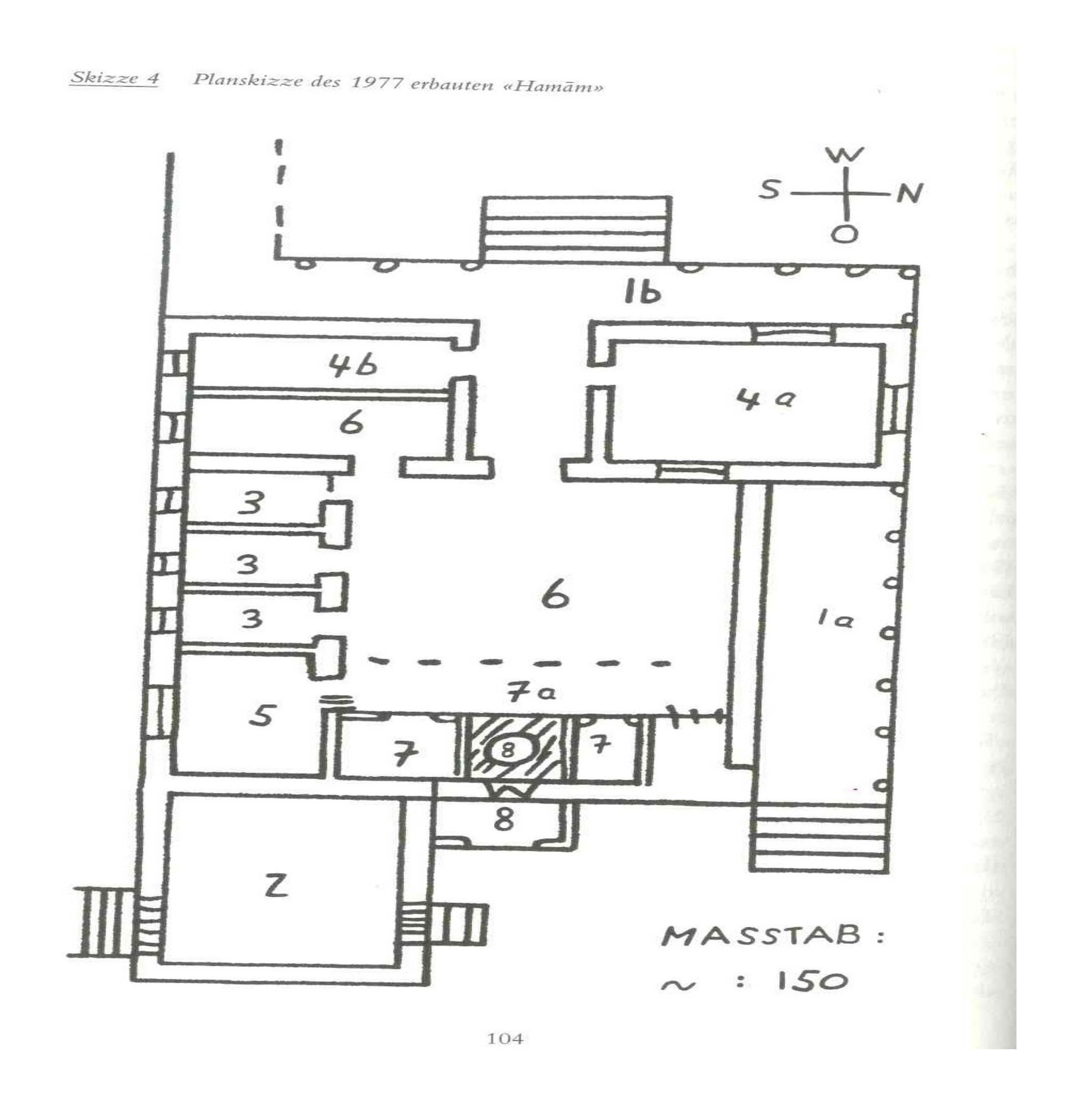
An einem Sonntagmorgen zu Beginn des nächsten Winters wurde ich von einem Beamten des Baudepartements, begleitet von einem alten, bärtigen Handwerker, abgeholt und an das Ufer des nahen Sees gebracht, wo eine kleine Moschee im Bau begriffen war. Die innere Struktur des „hamāms" lag zu diesem Zeitpunkt gerade noch offen zutage. Ich konnte die drei Kanäle sehen, welche in verschiedenen Richtungen von der runden Heizkammer ausgehen. Auf dem vertieften Boden sollten nun kleine Backsteinpfeiler aufgerichtet werden. Diese sollten ihrerseits die Steinplatten tragen, welche die Hitze speichern und in den darüber liegenden Raum ausstrahlen würden. Gleich darauf durfte ich noch eine in Gebrauch stehende „hamām"-Anlage in einer altehrwürdigen Moschee besichtigen, was natürlich für mich als Frau eine besondere Gunst bedeutete. Dort konnte ich nun die Röhren sehen, durch welche das heisse Wasser aus dem Boiler in die Wasch- und Badekabinen verteilt wird, sowie auch den geheizten Raum, in welchem die Männer nach dem Bade und vor oder nach dem Gebet behaglich ruhen und plaudern.

Ich wusste nun genug über Konstruktion und Funktionen eines „hamāms", um darüber nachdenken zu können, wie eine derartige Einrichtung am besten für das Wohl unserer Patienten gestaltet werden könnte. Leider liessen sich die höheren Behörden anfänglich nicht für diese Idee begeistern, wohl weil sie nicht genügend „modern" war, vielleicht auch weil man sich die Bedürfnisse unserer Patienten immer noch nicht realistisch genug vorstellen konnte, möglicherweise auch, weil man die zur Verfügung stehenden Gelder lieber für andere, ruhmvollere Projekte verwenden wollte.

Endlich, fast 1½ Jahre nach der winterlichen Katastrophe, bestand Hoffnung, finanzielle Mittel für ein Bauprogramm in unserem Spital zu erhalten. Ich erklärte wiederum den Experten des Bau-Departementes meinen Vorschlag für eine „hamām"-Heizung. Was sie mir dann einige Wochen später vorlegten, war jedoch lediglich ein Plan für eine kleine Bade-Einrichtung, mehr oder weniger nach traditionellem Vorbild. Mir hingegen schwebte eine „hamām"-Krankenabteilung vor. Die dringend notwendige Heisswasserversorgung sollte mit einer geheizten Bodenfläche verbunden werden, auf der unsere 30 - 40

hilflosesten und zerstörerischsten männlichen Patienten bequem und sicher auf Stroh oder Schilfmatten schlafen könnten.

So musste ich mich eben selbst ans Entwerfen eines Planes machen. Nun, ich hatte einigermassen Übung darin. Nicht nur hatte ich in meiner Pfadfinderinnenzeit gelernt, Gelände- und Gebäudeskizzen zu zeichnen, sondern ich hatte in meiner Kindheit zusammen mit meinen Schwestern oft „Traumhäuser" entworfen. Ausserdem hatte ich gleich zu Beginn meiner Tätigkeit in Indien das Erstellen eines neuen Flügels für die Klinik, die ich damals leitete, zu beaufsichtigen. Ich war also auch einigermassen mit indischen Baumethoden und der dazugehörigen Terminologie vertraut.



Es war mir klar, dass die Bereitschaft der Regierung, ein Bauprojekt zu

finanzieren, aufs Äusserste ausgenützt werden musste. Ich versuchte deshalb, in das Gebäude, dessen Plan ich nun auszuarbeiten begann, ausser den Hauptzwecken der Heisswasserversorgung und des geheizten Krankensaales noch die verschiedenen anderen, seit langem dringend notwendigen Neuerungen einzupacken (Fig. 4):

1. So hatten z.B. unsere weiblichen Patienten keine Terrasse, auf der sie an heissen Tagen im Schatten draussen sitzen konnten. Das neue Gebäude, welches in die Nähe der Frauenabteilung zu stehen kommen sollte, würde also diese Terrasse liefern.2. Ferner hatten wir nie genug Platz, um das Brennholz für unsere Küche im Trockenen zu lagern; zudem musste noch Holz für das „hamām" bereit gehalten werden. Ein Holzschuppen musste folglich auch auf dem Plan figurieren.

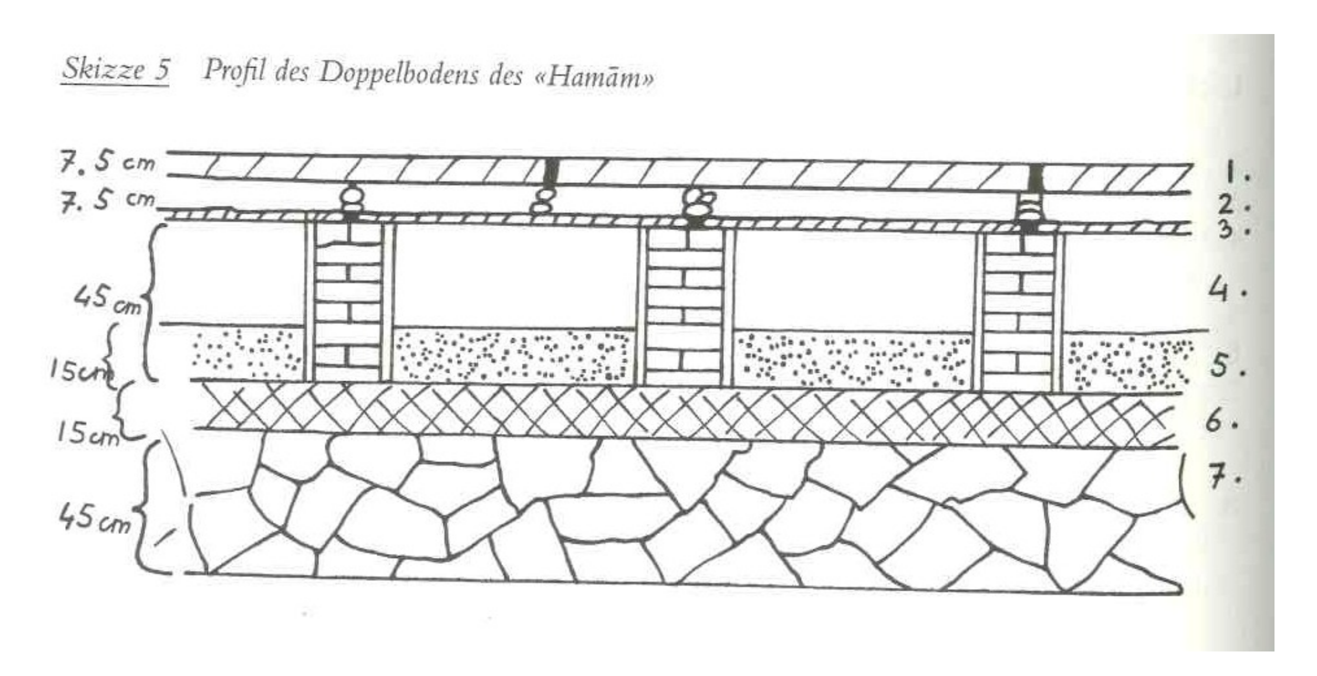
3. Unsere einzige Möglichkeit, vorübergehend erregte Patienten oder auch hilflose alte oder körperlich kranke Spitalinsassen zu isolieren, bestand in den alten, vom Gefängnis übernommenen Zellen, deren vergitterte Türen auf einen offenen Hof hinaus führten. Dort war es natürlich im Winter immer besonders kalt. Ich musste also versuchen, in meiner Planskizze auch ein paar Isolierzellen unterzubringen.

4. Dass unsere Angestellten es keineswegs schätzten, ihre Nachtwache in nächster Nähe der Patienten, also in den Krankensälen zu absolvieren, und dass dies ein Hauptgrund für Nachlässigkeit und mangelhafte Betreuung war, habe ich bereits erwähnt. Ich plante deshalb für die neue „hamām"-Abteilung einen Personalraum, dessen Boden ebenfalls noch geheizt sein würde. Von dort aus sollte durch ein Schiebefenster nicht nur der „hamām"-Saal selbst leicht zu überwachen sein; durch Fenster nach allen Seiten konnten auch die anderen Teile des Spital-Areals unter Aufsicht gehalten werden. Ausserdem würde sich dieser Raum ausgezeichnet eignen als zentrale Verteilstelle für die Medikamente an alle Patienten.

5. Durch eine dicht daneben gelegene Toilette für das Personal - etwas, das es bisher noch nicht gab! - sollte diese Überwachungsstation so gestaltet werden, dass die Pfleger für eine mangelhafte Erfüllung ihrer Pflichten wirklich keine Ausreden mehr haben würden.

6. Ein weiterer kleiner Raum in der Nähe der Badezellen sollte für den Barbier bestimmt sein. Gleichzeitig konnte er für ärztliche Untersuchungen und Kontrollen sofort nach dem Bade benützt werden.

Zusammen mit den beiden zentralen Anlagen sollte also das zu entwerfende Gebäude acht dringend notwendige Einrichtungen behausen. Nach einigem Herumprobieren gelang es mir auch tatsächlich, all diese Projekte in einem einzigen kompakten Block sauber unterzubringen. Sobald der Plan auf dem Papier stand, wirkte er wie ein Zauber. Die Baukredite wurden nicht nur für dieses Projekt gewährt, sondern gleich auch noch für die schon seit langem geforderte Umfassungsmauer für das Land rings um das Spital, so dass Aussicht bestand, dort in Form von Gemüsebau Beschäftigungs-Möglichkeiten für unsere Patienten zu schaffen.



Skizze 5 *Profil des Doppelbodens des «Hamām»*

Mit dem Bau des „hamāms“ wurde allerdings erst im Dezember 1977 begonnen, also zu spät, um für jenen Winter die ersehnten Erleichterungen zu bringen. Erst ein Jahr darauf, also fast drei Jahre nach den fatalen Ereignissen, die zu meiner „Machtübernahme“ geführt hatten, konnte das Gebäude eingeweiht werden.

Während der Bauzeit war es natürlich für mich spannend zu beobachten, wie allmählich meine kleine zweidimensionale Skizze in handgreiflichen, lebensgrossen Strukturen ihre Verwirklichung fand (Fig. 7). Der schwierigste

Teil der Bauarbeit war die Konstruktion des eigentlichen „hamām“; insbesondere des Doppelbodens für die heizbare Fläche. Dafür wurden traditionelle Bauhandwerker und besonders geübte Steinhauer und Plattenleger eingesetzt. Grosse viereckige, 7½ cm dicke Platten aus einem harten, granitartigen Stein wurden herbei geschafft. Diese sollten nun in einem Abstand von 60 cm vom gemauerten Fundament auf Backsteinpfeilern abgestützt werden. Da die Steinplatten keineswegs alle von gleicher Grösse und Form waren, mussten die Pfeiler genau nach Mass angeordnet werden. Die Granitplatten durften jedoch, um ihr Bersten unter der grossen Hitze zu vermeiden, nicht direkt auf diese Backsteinpfeiler gelegt werden. Die letzteren mussten zuerst mit schmalen, langen Schieferstücken verbunden werden. Dort, wo jeweils vier dieser Schieferplatten in rechtem Winkel auf der Oberfläche der Pfeiler zusammenstiessen, wurden zwei bis drei kleine, unregelmässige Backsteinfragmente aufgetürmt und mit Lehmpflaster zusammengekittet. Auf dieser recht wenig stabil anmutenden, tatsächlich jedoch die nötige elastische Festigkeit und vor allem Hitzebeständigkeit garantierenden Unterlage ruhten dann erst die Granitplatten. Nicht nur für das Zusammenfügen der Backsteine für die Pfeiler und der kleinen Backsteinfragmente, sondern auch für den Verputz der Mauern wurde nicht Zement, sondern ein besonders zubereitetes Lehmpflaster verwendet, das offenbar die Hitze besser verträgt. Die Lehmmasse, mit welcher die Granitplatten eingefügt wurden, war ausserdem noch mit Reis-Spreu vermischt, also ähnlich antiken Baumaterialien, wie sie uns aus der Zeit Israels in Ägypten bekannt sind. Über dem gemauerten Fundament wurde, um eine gute Hitzespeicherung zu gewähren, eine 15 cm dicke Sandschicht angebracht. Über der Heizkammer, welche durch einen kleinen gewölbten Gang von aussen her zugänglich war, wurde der 400 Liter fassende Kupferboiler in einen soliden Mantel von Backsteinen und Lehmpflaster versorgt. Am entgegengesetzten Ende des Raumes sollte der zwischen den beiden Böden zirkulierende Rauch durch drei unter dem Boden der Nebenräume verlaufende Gänge in zwei Kamine überführt werden.

Ganz ohne Schwierigkeiten ging natürlich der Bau nicht vor sich. Bald

liess das nötige Material auf sich warten, dann blieben wieder aus irgendeinem Grunde die Arbeiter aus; zeitweise boten ungünstige Witterungsverhältnisse Einhalt. Während einer besonders langen Pause, gerade während der kritischsten Phase der Fertigstellung des eigentlichen „hamām" erklärte man mir, der alte Handwerksmeister streike. Er behaupte, es sei sein altverbrieftes Recht, für seine Arbeit ausser dem abgemachten Geldlohn noch eine neue Kleidung zu erhalten. So lange ihm diese Forderung nicht gewährt werde, trete er mit seinen Arbeitern in Streik. Die Staatskasse musste wohl oder übel auf Konto irgendeines Budgetpostens einen Anzug für den biederen Mann berappen. Zum Glück war es nicht eine „gute Schale" nach westlichem Muster, sondern nur ein bescheidener baumwollener Kashmiri Pyjama-Anzug.

Da der heizbare Raum nur im Winter, und dann wohl vor allem nachts, benützt werden sollte, brauchten wir uns nicht darum zu kümmern, ob die Fenster einen angenehmen Ausblick gewähren würden. Leicht zugängliche Fenster konnten ohnehin, abgesehen von der Gefahr der Beschädigung und der Verletzung, nur allzu gut sowohl von innen als auch von aussen für allerlei Unfug missbraucht werden. Für die Belichtung und Lüftung dieses sehr hohen Hauptraumes genügten deshalb Fenster, die dicht unterhalb der Decke in tiefen Nischen angebracht waren. Auf dem Boden dieser Nischen liess ich auch die Röhrenlampen für die Beleuchtung anbringen, so dass alles, was aus Glas bestand, ausser Reichweite, ja sogar ausser Wurfweite unserer Patienten geschützt war.

Von aussen gesehen lagen diese Fenster zwischen dem Dachabsatz, welcher die niedrigeren Nebenräume deckte, und dem nach allen Seiten leicht abgeschrägten Hauptdach (Abb. 19). Ohne mir dessen bewusst zu sein, hatte ich mit dieser Zweistufigkeit des Daches ein Gebäude geplant, welches den lokalen Dorfmoscheen sehr ähnlich sah. Dieser Eindruck wurde noch durch die beiden Kamine verstärkt, welche wie Minarets die Vorderfront flankierten. Da ausserdem ein „hamām" für die meisten unserer Patienten etwas war, das sie nur von der Moschee her kannten, übertrug sich der Respekt und die andächtige Stille, die man einem Haus des Gebetes schuldet, wenigstens in gewissem Masse auch auf diesen neuen Krankensaal.

Während der ganzen Bauzeit musste ich darüber wachen, dass auch in bezug auf Details, wie z.B. Schlösser, Lichtschalter, scharfe Ecken und Kanten etc., gebührend Rücksicht auf die Sicherheit und auf die eigenartigen Gewohnheiten unserer Patienten genommen wurde. Die gleich neben dem Saal gelegene Toilette bestand wieder nur aus einer zementierten Grube. Die Wasserversorgung, die wir immerhin den Benützernfür ihre persönliche Säuberung nach indischem Brauch zur Verfügung stellen wollten, musste mehrmals geändert werden, bis sie schliesslich keinen Missbrauch und keine Beschädigung mehr erlaubte. Entsetzt war ich natürlich, als ich bemerkte, dass man in die Türe einen Riegel eingefügt hatte, der von innen geschlossen werden konnte! Auch die kleinen Klappfenster in dieser Toilette und in den Isolierzellen stellten uns vor einige Probleme.

Schliesslich jedoch kam alles genau so heraus, wie ich es geplant hatte. Während zwei Wintern hatte ich noch Gelegenheit, zu erleben, dass sich tatsächlich alle Einrichtungen ausgezeichnet bewährten. Das ganze kombinierte Projekt hatte nicht nur sehr geringe Baukosten verursacht, sondern erwies sich auch im Gebrauch unerwartet billig. Die Gesamtausgaben für die Konstruktion betrugen umgerechnet kaum 40'000.-- Schweizerfranken; der Betrieb der Heizung und der Heisswasserversorgung, die uns erlaubte, jedem Patienten mindestens zweimal wöchentlich ein Bad, natürlich nach indischer Art durch Übergiessen mit einem Gefäss, zu geben, kam pro Tag ungefähr auf 3 - 4 Schweizerfranken zu stehen, also weniger als die Beheizung der entsprechenden Räume mit einem der sonst verwendeten Blechöfelein gekostet hätte. Zudem konnte man endlich sicher sein, dass sich die Angestellten auch nachts in nächster Nähe der nun viel sauberern Patienten aufhielten und sie gebührend beaufsichtigten.

Die Bodenheizung hatte einen weiteren Vorteil, den wir eigentlich gar nicht bedacht hatten: Da die ganze Steinfläche gleichmässig warm war, gab es keinen Streit um den besten Platz. Die 30 - 40 Patienten legten sich gerne direkt auf die Granitplatten, ohne die zur Verfügung gestellten Schilfmatten zu benützen. Sogar die Bewohner der übrigen Krankensäle, in denen nach wie vor „bukhāris" ihren Dienst versahen, drängten sich bei schlechtem Wetter in das

„hamām“, das mit seiner behaglichen Wärme allgemein beliebt war. Die Patienten, die isoliert werden mussten, hatten in ihren vergitterten Zellen nicht nur an der Wärme, sondern auch an der menschlichen Nähe ihrer Gefährten teil.

Schwierigkeiten hatten wir anfangs nur mit der Bewilligung für Einkauf von Zedernholz. Ein „hamām“ muss, da andere Holzarten beim Brennen nicht genügend Rauch entwickeln, mit Zedern- oder mindestens Tannenholz betrieben werden. Dafür war jedoch eine besondere Genehmigung des Forstamtes nötig. Als sich aber mit der Zeit die Kunde von unserem wohlgelungenen Projekt unter der Bevölkerung und sogar in Regierungskreisen verbreitete, wurde uns auch der nötige Holzvorrat gerne gewährt.

Der Vierzehntagekrieg

Nicht nur innerhalb der kleinen Welt unseres Spitals gab es immer wieder Schwierigkeiten und Aufregungen; auch die Wellen des Geschehens in der grossen Welt draussen schlugen gelegentlich bis gegen unsere Mauern.

Es war an einem Freitagabend anfangs Dezember 1971. Von den Moscheen riefen soeben die Muezzin zum Gebet. Ich hatte vor Einbruch der Dunkelheit noch in meinem Garten etwas zu besorgen. Neben mir, fröhlich mit mir plaudernd, sass das dreijährige Büblein meiner Nachbarin. Plötzlich ging ein Knattern, Rumpeln und Dröhnen los, das unter uns den Boden erzittern liess. Der Kleine schrak zusammen und sah mich ängstlich fragend an. Um ihn nicht noch mehr zu beunruhigen, sagte ich, meine Stimme so unbekümmert als möglich ertönen lassend: „Das wird wohl wieder einmal das Feuerwerk für eine Hochzeit sein!“ Ich wusste jedoch nur allzu gut, dass etwas viel Unheimlicheres im Spiel war.

Damals war der Kampf um den östlichen Teil von Pakistan, also das heutige Bangladesh, in seine Endphase getreten. Man hatte zu befürchten, dass die Pakistani, um die Aufmerksamkeit von ihrer dortigen hoffnungslosen Situation abzulenken und gleichzeitig sich für die indische Intervention zu

rächen, Angriffe gegen die westlichen Grenzgebiete Indiens unternehmen würden. Tatsächlich konnte ich auch, als der donnernde Lärm etwas verklungen war, noch das Surren von Flugzeugmotoren wahrnehmen, und mit etlicher Verzögerung meldeten dann die Alarmsirenen, dass Srinagar soeben einen ersten Luftangriff erlebt hatte.

Ich brachte das Büblein zu seiner Mutter und begab mich ins Spital, um mich gleich mit dem diensttuenden Personal zu beraten, was an vorsorglichen Massnahmen zu treffen sei. Einen Luftschutzraum gab es natürlich nicht. Die Frage war, ob unsere Patienten draussen im Freien oder in den Sälen besser geschützt wären. Beides hatte Vor- und Nachteile: Die Konstruktion der Gebäude, besonders des Wellblechdaches, war leicht; die Fensterscheiben waren ohnehin bereits durch Holzläden ersetzt worden, so dass also der Aufenthalt in den Räumen einerseits nicht besonders gefährlich, andererseits aber auch kaum schutzbietend war. Um unnötige Aufregung unter den Patienten zu vermeiden, beschloss man, sie jeweils bei einem Alarm einfach dort zu lassen, wo sie sich gerade befanden. Immerhin versuchten wir, ihnen die Lage zu erklären und mit denjenigen, die etwas verständiger waren, einen „Alarm-Drill" einzuüben. Feuerlöschgeräte gab es natürlich im Spital auch nicht; hingegen ordnete ich an, dass Kessel mit Wasser und Sandsäcke an verschiedenen Stellen des Areals bereitgehalten werden sollten. Eine Verdunkelung war an den wenigen Orten, wo nachts das Licht zu brennen hatte, relativ leicht zu bewerkstelligen.

Während der folgenden Nacht wurde dann die Stadt durch einen bedeutend massiveren und länger dauernden Luftangriff erschüttert, und in den nächsten zwei Wochen gab es kaum einen Tag, an welchem nicht mindestens einmal Bomben fielen.

Tags darauf beriet ich mit meinen Kollegen die Organisation des Zivilschutzpostens, den wir an unserem Spital zu errichten hatten. Ausserdem mussten die Vorräte an Lebensmitteln, Brennmaterial und Medikamenten geprüft und sofortige Bestellungen zu ihrer Auffüllung gemacht werden. Man hatte ja keine Ahnung, wie lange der Notstand dauern würde. Jedermann wusste, wie leicht in einer solchen Situation Kashmir mit seiner einzigen Pass-

Strasse und der Luftverbindung von Indien abgetrennt und von aller Zufuhr abgeschnitten werden konnte.

Am freien Samstagnachmittag kümmerte ich mich dann bei meinem Gang in die Stadt auch um die Ergänzung meiner eigenen Vorräte. Vor allem jedoch brachte ich zwei grosse Rollen solider brauner Klebstreifen zurück. Damit klebte ich zuerst in meiner Wohnung diagonale Kreuze auf die Fensterscheiben und wies dann auch meine Nachbarin an, dasselbe zu tun.

Am nächsten Morgen, während meines Sonntagsdienstes, machte ich mich gemeinsam mit einem Pfleger daran, auch die Fenster in den Dienstäumen des Spitals zu verkleben. Zeitweise mussten wir mit dieser Arbeit innehalten, weil erneute Bombardierungen die Fenster so erzittern liessen, dass ein Anbringen der Klebstreifen kaum möglich war.

Wie dies auch bei den gleichzeitigen Angriffen auf andere Städte im Westen Indiens der Fall war, galten die Bomben wohl eigentlich dem Flugplatz. Dieser liegt in Srinagar ungefähr 11 km südwestlich der Stadt auf einem leicht erhöhten Plateau. Die Flieger näherten sich jeweils von der etwa 60 km westlich gelegenen Grenze Pakistans her auf grosser Höhe und stiessen so fast unhörbar bis zum oberen Ende des breiten Tales vor. Dort führten sie eine scharfe Wendung aus unter gleichzeitiger Verminderung der Flughöhe, um dann auf dem Rückflug ihre zerstörerische Last abzuwerfen. Sie konnten so relativ leicht einer Verfolgung und einem Gegenangriff entgehen; die Zielsicherheit war jedoch minimal. Nur selten traf eine Bombe wirklich den Flugplatz, auch dann meist, ohne viel Schaden anzurichten. Die übrigen Geschosse fielen zum Teil in dicht bewohnte Stadtquartiere, wo sie jeweils einige Opfer und Sachschaden forderten, manchmal auch in kleine Dörfer, neben die Landstrasse oder einfach aufs freie Feld. Bald waren die Fliegerabwehrgeschütze auf diese Angriffsroute eingestellt, und schliesslich gesellte sich zu ihrem scharf abgehackten Bellen auch noch das pfeifende Dahinfegen niedrig fliegender indischer Kampfflugzeuge.

Zum Glück waren die meisten unserer Spitalinsassen so in ihre eigene psychotische Welt versponnen, dass sie diesem Geschehen keine grosse Beachtung schenkten oder höchstens bizarre Sprüche darüber machten.

Aber auch unter der Bevölkerung ausserhalb des Spitals spürte man eigentlich nach dem ersten Überraschungs-Schreck recht wenig an Aufregung und Angst, auf jeden Fall nichts, das den Namen einer Panik verdient hätte. Das Leben ging einfach weiter und man trieb, wie gewohnt, seine Geschäfte. Zum Teil war dies wohl der Tatsache zuzuschreiben, dass man bald merkte, wie wenig wirksam die Bombardierungen waren. Immerhin zirkulierten Gerüchte, dass auch andere Gefahren im Anzug seien, vor allem in Form einer Infiltration durch pakistanische Agenten oder sogar durch Fallschirmabspringer. Auch dies jedoch schien die Kashmiri nicht gross zu kümmern.

Seitdem 1947 bei der Teilung von Indien und Pakistan das Kashmirtal Indien zugesprochen worden war, galt es immer noch in gewissem Masse - wenigstens für die Zwecke der pakistanischen Propaganda - als „umstrittenes Gebiet". Es bestand kein Zweifel darüber, dass die meisten Kashmiri Muslims sich mehr mit ihren Glaubensbrüdern in Pakistan verbunden fühlten als mit Indien. Allerdings lebte man recht wohl mit all den speziellen politischen und wirtschaftlichen Vergünstigungen und Sonderregelungen, welche die indische Zentralregierung diesem Sorgenkind zukommen liess. Man spielte gerne gelegentlich auch ein wenig das „enfant terrible", um sich nicht durch eine allzu gefügige „Integration" oder „Gleichschaltung" diese Vorteile zu verscherzen. Auf jeden Fall war für die grosse Mehrheit der Bevölkerung der mögliche Ausgang dieses Krieges nichts, das grosse Sorgen machte: Kopf oder Zahl - man würde in beiden Fällen gewinnen! Meine eigenen Vermutungen über diese doppelte Loyalität formulierte ich damals folgendermassen: Würde in einer jener kalten Dezembernächte ein Kashmiri - natürlich ein Mohammedaner! - sein „kangri" einem pakistanischen Bomber nachwerfen, so könnte man kaum erraten, ob es ihm darum gehe, den Eindringling wegzujagen oder, im Gegenteil, dem Piloten etwas zu senden, an dem er seine Hände wärmen könnte.

Nun, ohne in Kashmir grossen Schaden verursacht zu haben, endete dieser merkwürdige Krieg, so abrupt wie er begonnen hatte, genau zwei Wochen später, wieder am Freitagabend, kurz nachdem sich im Osten die pakistanischen Streitkräfte ergeben hatten.

Damit standen wir nun in unserer psychiatrischen Abteilung vor einer Situation, welche ohne Zweifel den Namen eines „natürlichen Forschungsexperimentes" verdiente. Arbeiten über die Häufigkeit psychiatrischer Erkrankungen und über das Verhalten Geistesgestörter und Gemütskranker während eines Krieges, wie sie in Europa vor allem während des zweiten Weltkrieges verfasst worden waren, hatten meist den Nachteil, dass sie allzu komplizierte Verhältnisse zu durchschauen versuchten. Man hatte es damals in den betreffenden Gebieten nicht nur einfach mit „Stress" in Form von feindlichen Luftangriffen zu tun, sondern zusätzlich oder einfach als Folge-Erscheinungen dieser Kriegshandlungen mit vielen anderen Faktoren, welche das geistige und seelische Gleichgewicht der Zivilbevölkerung beeinträchtigen konnten: Rekrutierung der Tauglichen für die Streitkräfte; veränderte Rollen am Arbeitsplatz und in der Familie für die im Zivilleben Zurückgebliebenen; Evakuation oder Notwendigkeit der Aufnahme von Flüchtlingen; Versagen wichtiger öffentlicher Dienste wie Elektrizität, Wasserversorgung, Transportwesen; strenge Rationierung der Lebensmittel; Unsicherheit in bezug auf den Ausgang des Krieges; politischer Terror; schliesslich Besetzung durch fremde Armeen, und all das wohl bei fehlender Kontinuität des Personals, Überbelastung, eingeschränkter Funktion der psychiatrischen und allgemein-medizinischen Dienste für die Zivilbevölkerung.

Unser kleiner Vierzehntagekrieg hingegen hatte lediglich eine gewisse Gefahr für Leib, Leben und Besitz mit sich gebracht, während all die anderen soeben aufgezählten Faktoren in der kurzen Zeit nicht zur Auswirkung gelangten. Ausserdem nahm in dieser kritischen Situation - abgesehen davon, dass wir einen Zivilschutzposten bemannen mussten, der jedoch nie in Anspruch genommen wurde - das Leben in unserem Spital seinen gewohnten Fortgang. Also eine ideale Situation, um das Vor-Während-Nach dieser Kriegsperiode vergleichend zu betrachten in bezug auf Quantität und diagnostische Verteilung neu registrierter Fälle, sowie auch die Häufigkeit, mit welcher unsere alten Patienten ihre gewohnten Besuche wiederholten. Unsere Register und Journale waren ohnehin so angelegt, dass man jederzeit nachkontrollieren konnte, wie häufig und an welchem Datum jeder Patient zur

Konsultation gekommen war. So war es also ein Leichtes, alle interessierenden Daten für die zwei Wochen vor, die zwei Wochen während und die zwei Wochen nach der Kriegsperiode zusammenzustellen. Ausserdem entwarf ich, sobald klar wurde, dass wieder Frieden oder mindestens Waffenstillstand herrschte, einen kurzen Fragebogen, mit dessen Hilfe ich hoffte, die Reaktionen unserer Patienten auf die ausserordentliche Belastung durch die Bombardierungen festzuhalten. Dem geistigen Niveau unserer Kunden und ihrer Angehörigen Rechnung tragend, lauteten diese Fragen sehr einfach:

1. Fühlten Sie sich während der soeben vergangenen Kriegszeit schlechter - gleich wie vorher - oder besser?
2. Falls Sie während dieser Zeit besondere Sorgen hatten, was war es, das Sie am meisten beunruhigte?
3. Wenn Sie gelegentlich ängstlich oder aufgeregt wurden, was taten Sie dann, um sich Beruhigung zu verschaffen?
4. War Ihr Nichterscheinen (oder Ihr weniger häufiges Erscheinen) bei uns während dieser Zeit eine Folge des Kriegsgeschehens oder lagen andere Gründe dafür vor?

Es entstand daraus eine lange, detaillierte Arbeit (Lit. 6) mit vielen statistischen Tabellen und graphischen Darstellungen. Gerade ihre Ausführlichkeit jedoch war der Grund, warum sie keine Veröffentlichung in der Zeitschrift der indischen psychiatrischen Gesellschaft finden konnte. Ein Exemplar davon ruht jedoch in den Archiven des „Medical Corps“ der indischen Streitkräfte.

Die Einzelheiten unserer Beobachtungen würden in diesem Zusammenhang kaum interessieren. Es möge genügen, die wichtigsten Ergebnisse kurz zusammenzufassen:

Während der zwei Kriegswochen zeigte die Patientenfrequenz, im Vergleich zu den gleich langen Perioden unmittelbar vorher und nachher, eine beträchtliche Verminderung neu registrierter Fälle und einen mässigen Rückgang der Besuche alter Patienten. Nur in ganz wenigen der neuen Fälle schien das Kriegsgeschehen eine auslösende oder mindestens pathoplastische, d.h. die Symptome gestaltende, Rolle gespielt zu haben. Vor allem meldeten

sich während der fraglichen Zeit, sowie in den zwei darauf folgenden Wochen, keine Patienten mit Angstzuständen, hysterischen Manifestationen oder anderen ähnlichen Störungen, die man als eine direkte Reaktion auf die kritische Situation hätte auffassen können. Dies entspricht in grossen Zügen dem, was auch frühere Autoren, besonders in Europa, über ihre Beobachtungen in Kriegszeiten berichtet hatten.

Was uns besonders erstaunte, war die Tatsache, dass ein Drittel der während der Kriegsperiode neu registrierten Fälle Kinder waren, deren Prozentsatz sonst nur um 15 % herum lag. Auffallend war, dass sie alle wegen schon lange vorhandenen oder sogar angeborenen Störungen, wie Bettnässen, Schwachsinn, psychischen Symptomen nach Gehirninfektion, gebracht wurden. „Warum gerade jetzt?", so fragte man sich. Durch sorgfältige Erkundigung bei den Eltern konnten wir dann eine Hypothese erhärten, zu der wir auf Grund eigener Überlegungen gelangt waren: In einer Krise, in der das eigene Leben bedroht war, stellten sich die Eltern dringender als sonst die Frage, was aus dem behinderten Kind werden sollte, wenn sie selbst einmal nicht mehr da sein sollten. Ausserdem schien die allgemeine Notlage auch die Leute näher zusammenzubringen, so dass man unter Nachbarn oder sogar mit Fremden noch mehr als sonst über die Krankheit und andere Schwierigkeiten in der Familie sprach und so Gelegenheit bekam zu vernehmen, dass in unserem Spital für die verschiedensten Probleme Hilfe zu finden sei. Diese Tendenz zu einer aussergewöhnlichen Häufigkeit der Konsultationen für Kinder hielt übrigens auch in den auf den Krieg folgenden zwei Wochen noch weiterhin an.

Unsere Erwartung, dass man in einer kritischen Zeit nur ganz dringende und frische Fälle zur Behandlung bringen würde, erfüllte sich auch in bezug auf die Erwachsenen nicht. Die Verteilung der neuen Patienten gemäss Krankheitsdauer unterschied sich nicht wesentlich in den drei Beobachtungsphasen.

Wie zu erwarten war, blieben von den bereits früher registrierten Patienten während der beiden Kriegswochen vor allem diejenigen aus, die bis zum Spital die längsten Distanzen zurückzulegen hatten.

Für die meisten diagnostischen Kategorien betrug die Zahl der trotz allem

noch zur Konsultation kommenden „alten“ Patienten ungefähr 50 %. Mit bewundernswerter Treue und Beständigkeit kamen jedoch mehr als 75 % der eingeschriebenen Epileptiker zur gewohnten Kontrolle.

Die auch anderswo beobachtete Tatsache, dass während einer Kriegszeit weniger Patienten sich bei psychiatrischen Diensten melden, bedeutet natürlich nicht unbedingt, dass in solchen Zeiten keine neuen Störungen ihren Anfang nehmen und auch keine bereits bestehenden eine Verschlimmerung erfahren. Es kann vielerlei Gründe geben, sowohl materieller als emotioneller Art, welche Patienten oder ihre Angehörigen daran hindern, geeignete Hilfe zu suchen. Unsere Beobachtungen legen ausserdem die Möglichkeit nahe, dass unter Druck der bedrohlichen Umstände eine vorher offen daliegende Angst sich erstmals oder wiederum, wie bereits vor der Behandlung, in psychosomatische Symptome verwandelte, also „konvertiert“ wurde. So wurde sie dann auch nicht vom Psychiater, sondern vom Allgemeinpraktiker gesehen und behandelt. Der Vorteil einer derartigen Somatisierung war wohl, dass man in einer Atmosphäre allgemeiner ängstlicher Gespanntheit wenig Aussicht hatte, in seiner eigenen Angst Unterstützung und Trost zu finden, während man andererseits damit rechnen konnte, für eine körperliche Störung gebührende Sympathie und vielleicht auch medikamentöse Hilfe zu erhalten. Dies bestätigte mir, was ich schon lange vermutet hatte, dass nämlich die Somatisierung von Konflikten, d.h. das Austragen gefühlsmässiger Probleme in Form von körperlichen Störungen die Funktion eines Schutzes vor „psychischer Ansteckung“ haben kann, dies ganz besonders in eng verbundenen Familiengruppen, in denen alle Gefühle empathisch geteilt werden und sich rasch verbreiten.

Bei gewissen Patienten, welche sich während der Kriegszeit relativ wohl gefühlt hatten, trat ein Rückschlag erst dann ein, als sie sich zu deren Ende wieder entspannen konnten, ein Phänomen, das ja besonders bei gewissen Typen von Kopfschmerz, die sich immer erst nach Abklingen einer traumatisierenden Situation melden, bereits genügend bekannt ist.

Der kurze Fragebogen wurde von etwas über 50 % der alten Patienten, welche uns in den zwei Wochen nach dem Krieg aufsuchten, beantwortet. Nur

ungefähr ein Drittel von ihnen hatten während der kritischen Phase eine Verschlimmerung des Zustandes festgestellt. Ungefähr die Hälfte gaben an, dass sie sich mehr oder weniger gleich gefühlt hätten wie vorher, die übrigen meldeten sogar eine Besserung. Verschlimmerungen wurden vor allem von den Frauen und Kindern unter den Patienten berichtet. Man hatte sich zu fragen, ob diese Zahlen wirklich ein getreues Bild des tatsächlichen Befindens abgaben, oder ob gewisse Faktoren die Zuverlässigkeit der Antworten beeinflusst hatten. Wir fanden zum Beispiel, dass die Berichte über eine Wendung zum Schlimmern bei Kindern meist nicht von diesen selbst stammten, sondern von ihren Müttern. Diese hatten wohl ihre eigenen Ängste auf ihre Schützlinge projiziert und sie möglicherweise damit angesteckt. Überdies entsprach das Vorwiegen der Frauen in dieser Kategorie einem „kulturellen Stereotyp", gemäss welchem Frauen klagen und sich als „das schwache Geschlecht" aufspielen dürfen, während von Männern erwartet wird, dass sie auch in schwierigen Lagen Mut und Widerstandskraft unter Beweis stellen.

Bei denjenigen, die eine Besserung meldeten, hatte vermutlich die bereits eingeleitete Behandlung gerade während jener Zeit ihre Wirkung entfaltet. Es gab jedoch vereinzelte Patienten, besonders Jugendliche, welche die abenteuerliche Situation genossen und sich durch sie zu grösserem Wohlbefinden anregen liessen.

In bezug auf die diagnostische Verteilung ist zu bemerken, dass - wie wir dies auch unter den hospitalisierten Patienten feststellen konnten - die Psychotiker am wenigsten sich von der äusseren Situation beeinflussen liessen. Die Epileptiker hingegen unterschieden in ihren Antworten oft ganz richtig zwischen der Anfallshäufigkeit als dem einen Kriterium ihres Wohlbefindens und andererseits einer den Umständen zugeschriebenen Ängstlichkeit. Bei den Neurotikern wiederum (vor allem Angst-, hysterische und depressive Neurosen) addierte sich die situationsbedingte Angst einfach zu den Grundsymptomen, so dass unter ihnen der höchste Prozentsatz von „Verschlimmerungen" gezählt wurde.

Was löste nun, wie wir durch unsere zweite Frage zu ergründen versuchten, jeweils am meisten Angst und Besorgnis aus? Ungefähr ein Viertel

der Patienten konnte darüber keine besondere Auskunft geben. Für ein weiteres Viertel waren es die Kriegshandlungen selbst, die sie in Angst und Spannung versetzt hatten. Für ebenfalls beinahe ein Viertel - fast ausschliesslich Frauen und Kinder - stand Besorgnis über Familienangehörige im Vordergrund. Dabei gab es eine relativ „reife“ Variante, bei der man sich um die einem zur Sorge Anvertrauten Gedanken machte, während die entweder alters- oder entwicklungsmässig Unreiferen mehr den Verlust von Versorgerfiguren, von denen sie noch abhängig waren, befürchteten.

Eine im weiteren Sinne menschliche Sorge, die, über die eigene Familie hinaus reichend, dem Schicksal der am Krieg Beteiligten im allgemeinen oder mindestens der einen der verwickelten Parteien galt, fanden wir fast nur bei gebildeten Jugendlichen. Zum Teil spielten dabei die bereits erwähnte „doppelte Loyalität“ und die Konflikte, in die man durch sie geraten konnte, eine Rolle. Wirtschaftliche Probleme, Unruhe und Ärger infolge Einschränkung der Bewegungsfreiheit und Besorgnis über die Gesundheit wurden nur von einzelnen Patienten als besondere Schwierigkeiten angegeben.

Unter den Methoden, die verwendet wurden, um Beruhigung und Entspannung zu finden, ist vor allem zu nennen das Aufsuchen von Geborgenheit, entweder durch Einnehmen einer bestimmten Schutzhaltung und Aufenthalt in einem sicheren Winkel, oder dann in der Nähe von Angehörigen und Freunden. Die letztere Variante kam wiederum fast ausschliesslich unter Frauen und Kindern vor. Relativ häufig wurde auch berichtet, dass das Einnehmen der von uns verschriebenen oder gelieferten Medikamente oder gelegentlich einfach der Gedanke an den hilfreichen Arzt Erleichterung gebracht habe, dies vor allem bei Neurotikern.

Entgegen den Erwartungen, die man bei den streng geregelten Gebetsvorschriften der Mohammedaner haben konnte, berichteten nur zwei Patientinnen, dass Gebet und Gottvertrauen ihnen eine wichtige Hilfe bedeutet hatten. Es gab hingegen einzelne Patienten, die einfach unter dem Druck der Not in sich selbst Reserven an Widerstandskraft zu mobilisieren verstanden, wie dies wohl auch allgemein in der Bevölkerung der Fall warDie vierte Frage wurde natürlich vor allem von denjenigen Patienten beantwortet, die während

den zwei Kriegswochen ausgeblieben waren, teilweise aber auch von jenen, die ihre Konsultationsfrequenz nur reduziert hatten. Von den ersten schoben über 50 %, von den letzteren nur ungefähr 25 % die Schuld für ihr Nichterscheinen auf das Kriegsgeschehen als solches. Dabei spielte offensichtlich die Distanz zwischen Wohnort und Klinik eine entscheidende Rolle. Einige Patienten kamen nicht zum Spital, weil sie ihre Medikamentenvorräte lokal auffüllen konnten; andere fanden keine willigen Begleiter in der Familie. Wiederum waren es vor allem die Frauen, welche keine Hemmungen hatten, ihre eigene Angst als Grund für das Unterlassen der Poliklinikbesuche einzugestehen.

Die eine praktische Folgerung, die wir aus dieser Untersuchung ziehen konnten, war die noch stärkere Betonung unserer Forderung nach einer Dezentralisierung der psychiatrischen Dienste, entweder durch mobile Equipen oder periodisch besuchte Stützpunkte an Bezirksspitälern und Gesundheitszentren. In diesem Bergtal war dies schon in normalen Zeiten eine dringende Notwendigkeit, um den Patienten eine lange Autobus-Reise oder sogar mühsame Fussmärsche zu ersparen und somit eine bessere Früherfassung und zugleich eine wirksamere Nachbehandlung zu erzielen. Unsere Studie zeigte nun, dass es gerade in einer kritischen Zeit, wie wir sie soeben durchgemacht hatten, äusserst wichtig wäre, über psychiatrische Hilfe in grösstmöglicher Nähe der Bevölkerung zu verfügen. Dies war jedoch ein Vorschlag, für den die zuständigen Behörden einfach kein Gehör hatten. Zur Zeit der ersten Niederschrift dieses Kapitels, 13 Jahre später, war er noch nicht verwirklicht worden.

Etwas, das hingegen in unserer eigenen Macht und Kompetenz lag, war die Belohnung unserer Epileptiker für die Treue, die sie uns sogar während der beiden Kriegswochen gehalten hatten. Wir richteten für sie eine spezielle „Epilepsie-Klinik" ein: An einem bestimmten Wochentag konnten sie jeweils ohne grosse Formalitäten erscheinen, um über ihr Ergehen zu berichten und die entsprechend dosierten Medikamente direkt aus der Hand des Arztes in Empfang zu nehmen. Mit der Zeit standen meist ungefähr 400 Patienten auf unserer Liste, so dass jeden Mittwoch 150 - 200 von ihnen für die zweiwöchentliche Kontrolle erschienen. Am „Medical College" gab es damals

noch keine neurologische Abteilung. So erwies sich dieser Spezialdienst am „Mental Hospital", mit sehr einfachen Mitteln und geringen Kosten, aber unter grossem menschlichem Einsatz der Beteiligten durchgeführt, als sehr segensreich.

Psychotherapie für Analphabeten?

Man mag sich bereits gefragt haben, ob ich bei all den vielen Aufgaben und Sorgen noch Zeit hatte, um mich mit den Patienten auch psychotherapeutisch zu befassen oder mindestens zu erforschen, welches in dieser vom modernen Europa so verschiedenen Atmosphäre die Hauptprobleme sein mochten, die beim einen oder anderen zu einem „Nervenzusammenbruch" geführt hatten. Eine zweite Frage wäre, ob es bei diesen so wenig gebildeten und oft sehr unwissenden und undifferenzierten Menschen überhaupt möglich war, Interesse und Verständnis für psychologische Zusammenhänge zu wecken und auf die Willenskräfte zu zählen, die für eine aktive Mitarbeit in einer Therapie unentbehrlich sind.

Schon in meinen früheren Jahren in Indien und dann auch in Kashmir war es immer eines meiner Hauptanliegen, die Beschwerden und Abweichungen, welche unsere Patienten darboten, nicht einfach als „geistige Betriebsstörungen" mit Medikamenten zu reparieren, sondern den tieferen Gründen für das Versagen des seelischen Gleichgewichtes nachzugehen und zu versuchen, auch in den Kranken selbst dafür das Verständnis zu fördern und so einen gangbaren Ausweg zu weisen. Leicht war dies allerdings nicht, da so viele der Voraussetzungen fehlten, welche man im Westen als selbstverständlich hinnimmt.

Westliche Psychotherapiemethoden setzen im allgemeinen voraus, dass die zu behandelnden Patienten einigermassen gebildet sind und mindestens denken können, und zwar „denken" nicht nur über äussere Gegebenheiten, sondern auch nach innen sehend und über sich selbst nachsinnend. Man nimmt ferner an, dass solchen Psychotherapie-Kandidaten etwas daran liege, ihre Selbsterkenntnis zu fördern und in ihrer Vergangenheit Erklärungen zu finden

für die Art und Weise, in welcher sie die jeweilige Gegenwart erleben. Ausserdem wird meist als selbstverständlich angenommen, dass eine Psychotherapie ein längerer Prozess ist, welcher durch einen kundigen Experten, den Therapeuten, angeregt und gelenkt werden muss, entweder in einer sehr engen Zweierbeziehung oder innerhalb einer Gruppe von Mitpatienten, die eine ähnliche Bereitschaft mitbringen.

Sogar als im Westen Psychotherapie beliebt wurde und man versuchte, ihre Anwendungsgebiete zu erweitern, fand man, dass die ihr zugrunde liegenden Theorien und auch die tatsächlichen Praktiken sich nicht in gleicher Weise zum Gebrauch auf jeglicher Stufe sozialer Emanzipation eignen. Es gibt in jeder Bevölkerung benachteiligte Schichten, welche von derartigen Behandlungsmethoden ausgeschlossen sind, nicht nur aus wirtschaftlichen Gründen, sondern weil die betreffenden Therapien über ihr Verständnis hinaus gehen und kaum den von ihnen selbst empfundenen Bedürfnissen und Bestrebungen gerecht werden können.

Wenn dies schon in hochentwickelten westlichen Ländern der Fall ist, wie mag es dann erst in der „Dritten Welt" stehen, in Ländern, in denen eine formelle Bildung, wenn auch nur auf der Stufe des Lesen- und Schreibenlernens, für die breiten Massen erst gerade einigermassen zugänglich wird? Gibt es Formen von Psychotherapie, abgesehen von den Praktiken der eingeborenen Heilkünstler, welche auf dieser Stufe der Entwicklung anwendbar und wirksam sind?

Es war mir im Lauf meiner Tätigkeit in Indien schon lange klar geworden, dass man, um derartige Fragen in differenzierter Weise zu beantworten, mit Vorteil eine Aufteilung der Bevölkerung in drei Schichten vornimmt: Erstens eine Schicht, welche im strengsten Sinne noch „traditionell" genannt werden kann, und in welcher althergebrachte Werte, Sitten und Bräuche noch ungestört ihre Geltung haben. Am andern Ende der Skala findet man gewisse Gruppen und einzelne Menschen, welche als bereits „emanzipiert" oder „modern" gelten können und sich kaum mehr an das Herkömmliche halten. Zwischen diesen beiden Extremen jedoch liegt derjenige Teil der Bevölkerung, den ich als „Übergangs-Schicht" (englisch „transitional sector") bezeichnen

möchte. Man hat es dort sozusagen mit der sich immer weiter vorschiebenden Randzone der Entwicklung zu tun: Individuelles Auftauchen aus dem Schutz traditioneller Gruppen und Einrichtungen steht noch in den Anfängen; man findet eine Vermischung alter und neuer Werte und Verhaltensweisen, ja oft sogar eine eigentliche Verwirrung.

Auf Grund meiner Erfahrung kann ich sagen, dass im weitest fortgeschrittenen Sektor - in Indien also z.B. in den oberen und mittleren Schichten der grossen Städte und in Kashmir unter den Studenten der höheren Lehranstalten und den erwachsenen Akademikern - eine Psychotherapie oft mehr oder weniger westlichen Modellen folgen kann. Man muss allerdings gewisse Änderungen einführen, besonders im Hinblick auf den relativen Mangel an Allgemeinbildung und deshalb auch an Kenntnissen über Psychologie und Psychotherapie, sowie mit Rücksicht auf das hartnäckige Persistieren gewisser infantiler Tendenzen. Letztere hängen teilweise damit zusammen, dass mindestens die Vorschulerziehung, auch bei später sich einem modernen Lebensstil zuwendenden jungen Leuten, immer noch grösstenteils in den Händen traditionell gesinnter Mütter liegt. Unterstützende und erziehende Elemente und ganz allgemein ein ziemlich autoritäres Auftreten des Therapeuten sind deshalb oft indiziert, und zwar weit über das Mass hinaus, das man für ähnliche Patienten im Westen als zuträglich erachten würde.

In der Bevölkerungsschicht, welche immer noch im strengsten Sinne „traditionell" genannt werden kann, darf man erwarten, dass volkstümliche Theorien und Überzeugungen in bezug auf Ursprung und Natur von Geisteskrankheiten einerseits, die übliche Symptomatologie von Geistes- und Gemütsstörungen andererseits und schliesslich auch die eingeborenen Heilmethoden noch harmonisch aufeinander abgestimmt sind. Jegliches Dazwischentreten eines Therapeuten mit westlichen Anschauungen und Methoden würde automatisch diese Einheit sprengen und damit den traditionellen Charakter einer derartigen Bevölkerungsgruppe zerstören. Damit würde dann die Situation auf dasjenige Niveau verschoben, auf welchem Werte, Anschauungen und Erwartungen gemischt sind. Dieser Übergangs-Sektor ist nun das Milieu, in welchem ich versuchte, geeignete therapeutische

Methoden auszuarbeiten.

Eine der entscheidensten Entwicklungen, welche Menschen in dieser Übergangsphase durchzumachen haben, beruht auf der Notwendigkeit, zu individueller Verantwortung und zu reflektierendem Selbst-Bewusstsein heran zu reifen, während man bisher im Schutze kollektiver Sicherheiten geborgen war und das eigene Bewusstsein nur ein sehr eng begrenztes „Hier und Jetzt" zu erhellen hatte.

Diese Wandlung kommt heutzutage oft nicht als das Ergebnis einer natürlichen Reifungsbereitschaft zustande, sondern wird einem Menschen durch den Druck der allgemeinen sozialen Umwälzung vorzeitig aufgezwungen und kann dann in verschiedener Weise das seelische Gleichgewicht gefährden. Eine geeignete Form der Psychotherapie könnte also nicht nur dem so bedrohten Einzelnen wichtige Dienste leisten, sondern auch in allgemeinerem Sinne als „Entwicklungshilfe" verstanden werden. Leider jedoch stehen solchen Bestrebungen sehr viele Hindernisse materieller, psychologischer, sozialer und ideologischer Art entgegen. So musste ich denn auch in meinem Arbeitsfeld in Kashmir meine Ansprüche und Erwartungen auf ein sehr bescheidenes Niveau herunter setzen. Ich will versuchen, zu schildern, auf welche Weise und in welchem Masse es möglich war, wenn auch nicht „grosse Psychotherapie" im westlichen Sinne zu treiben, so doch einem psychotherapeutischen Geist in meiner psychiatrischen Tätigkeit Ausdruck zu verleihen und einen solchen auch in meinen Studenten und Kollegen anzuregen und zu fördern. Wie bereits erwähnt, beschränkte sich mein psychiatrisches Wirken in Kashmir während des ersten Jahres auf die neu aufzubauende psychiatrische Abteilung am Allgemeinspital des „Medical College" in Srinagar. Dort wurden uns, wenigstens zuerst, die meisten Fälle von den anderen Abteilungen des Spitals und den verschiedenen Polikliniken zugewiesen. Bald lernten diese Patienten, dass diese neuen „Ärzte für den Geist" sich nicht nur mit Verrückten befassten, sondern auch wirksame Hilfe bieten konnten für Beschwerden wie Kopfweh, Herzklopfen, Schwindel, unbestimmte Schmerzen aller Art, also gerade für all jene Störungen des Wohlbefindens, welche andere Ärzte gewöhnlich mit einem irritierten oder gelangweilten „Ihnen fehlt nichts!" abzutun versuchen, und die

sie dann trotz ihren teuren Verschreibungen nicht heilen können.

Der geschickte Gebrauch von Psychopharmaka - welche zwar auch den Allgemeinpraktikern zur Verfügung standen, von ihnen jedoch oft in sehr unvernünftiger und wenig wirksamer Weise angewendet wurden - baute für unsere Abteilung rasch einen guten Ruf auf. Man merkte jedoch, dass wir darüber hinaus noch etwas zu geben hatten, nämlich das bereits erwähnte „hamdardi", also eine Haltung menschlicher Betroffenheit und Zuwendung, eine Offenheit für die Probleme des Patienten, welche diese Menschen bisher nirgends gefunden hatten. Gleichzeitig aber waren nur wenige der Patienten bereit, sich in eine lang dauernde Psychotherapie einzulassen. Ungefähr 20 - 30 % der neu registrierten Fälle kamen nach einer ersten Konsultation nicht mehr zurück. Dies enttäuschte uns anfangs sehr, bis wir dann merkten, dass sogar diese Patienten manchmal zur Quelle für empfehlende Zuweisungen neuer „Kunden" wurden. Dies durfte man sicher als Zeichen dafür auffassen, dass sie sogar aus dem einen Kontakt mit uns etwas Wertvolles mitbekommen hatten. Anstatt also lediglich den Mangel an differenziertem Verständnis und an individueller Bewusstheit unserer analphabetischen Patienten zu bedauern und zu beklagen, versuchten wir zu verstehen, mit welchen Erwartungen und Anschauungen sie gemäss ihrer eigenen Tradition sich einer Heilperson nähern, und zu lernen wie vielleicht auch wir, als moderne Psychiater, ihren Bedürfnissen gerecht werden könnten, indem wir einige der althergebrachten Elemente in unsere eigene therapeutische Tätigkeit einbauten.

Einer der wichtigen Züge der traditionellen Heilmethoden der Kashmiri „Pīr" und „Faqir" [Literaturverzeichnis 8] ist, dass der Kontakt zwischen Heiler und Heilungsuchendem meist einmalig ist oder nur kurz dauert. Ausserdem erwartet der Patient, dass der Heilkünstler über magische oder göttliche Kräfte verfügt, welche er - vorausgesetzt, dass man sich ihm auf die richtige Weise nähert und seine Gunst zu erwerben versteht - zum Wohle des Patienten einsetzen wird. Der Kranke bleibt dabei meist ein passiver Empfänger oder sogar ein erduldendes Opfer der verschiedenen an ihm angewendeten Prozeduren. Erkundigungen und Instruktionen von Seiten des Heilkünstlers sind oft nicht an den Patienten selbst gerichtet, sondern an den „Geist", von

dem letzterer besessen sein soll. Mehr als der Kranke selbst, müssen die Angehörigen sich bemühen, gewisse Heilmittel zu beschaffen, vielleicht auch gewisse Zeremonien und Opfer an heiligen Wallfahrtsorten zu vollbringen oder Sühne zu leisten in Form von Vergabungen oder Speisungen zugunsten armer Kranker. Also vielleicht etwas, das schon in alten Zeiten unseren modernen Ideen von „Familientherapie" entsprach! Entweder kann der Heilkünstler auf Grund seiner ausserordentlichen Kräfte eine sofortige Wunderheilung oder mindestens eine erstaunliche Besserung gleich während der ersten Konsultation zustande bringen; andernfalls wird er einfach als unwirksam abgetan, und man setzt seine Reise hoffnungsvoll fort zu einer nächsten Berühmtheit.

Der westlich orientierte Therapeut, der danach strebt, Patienten aus einem traditionellen Milieu zu behandeln - will er nicht die Mehrzahl seiner Kranken und damit auch seinen Ruf verlieren - sollte also ebenfalls versuchen, gleich bei der ersten Begegnung mit dem Patienten oder seinen Angehörigen auf irgendeine Weise einen unmittelbaren Erfolg zu buchen. Es gilt, eine sensationelle Heilung zu bewirken oder mindestens ein Vertrauensverhältnis anzubahnen, das als Basis für eine länger dauernde therapeutische Beziehung dienen kann.

Wollte man meine psychotherapeutischen Bemühungen um diese analphabetischen oder mindestens wenig gebildeten Patienten in irgendeine westliche Klassifizierung einordnen, so müsste man am ehesten von einer Einsicht vermittelnden Gesprächstherapie reden. „Einsicht" jedoch gilt es bei diesen Menschen meist auf mindestens drei Stufen zu vermitteln: Zu allererst muss der Patient einmal verstehen, dass er „krank" ist, und nicht etwa von Geistern besessen, verzaubert oder durch den „bösen Blick" eines Nachbarn beeinträchtigt. Zweitens muss er einsehen, dass diese Krankheit, auch wenn er ihre Auswirkungen in Form körperlicher Beschwerden zu spüren bekommt, eine psychische ist. Drittens kann dann noch der Versuch unternommen werden, die inneren und äusseren Lebensumstände zu erforschen, welche am Zustandekommen seines Leidens beteiligt gewesen sind.

Geht es nun darum, bereits in einer ersten Begegnung mit dem Patienten

wenigstens einen gewissen Grad von Einsicht zustande zu bringen und in ihm Hoffnung zu wecken, so empfiehlt es sich, folgendermassen vorzugehen:

Vor allem muss der Therapeut die Bereitschaft des Patienten, sich zu einem seiner selbst bewussten Individuum zu wandeln, richtig einschätzen können. Ist der Kranke, entweder in seiner Umgebung oder in seinem eigenen Innern, auf Hindernisse gestossen im Laufe eines Emanzipationsprozesses, für den er die grundlegenden Voraussetzungen und die nötige Reife hat? Oder ist er, unter dem Druck unglücklicher Umstände, dazu gezwungen worden, vorzeitig, als Unreifer, seine bisherige traditionelle Geborgenheit aufzugeben? Es ist kaum in allen Fällen möglich, dies sofort richtig zu beurteilen. Oft können die Entwicklungsmöglichkeiten eines Patienten nur auf Grund einer eingehenden Befragung oder gar einer länger dauernden therapeutischen Beziehung erkannt und realistisch eingeschätzt werden. Sogar eine kurze erste Besprechung kann jedoch oft mindestens einige wertvolle Hinweise geben.

Schon die Art und Weise, in welcher sich der Patient dem Psychiater nähert, kann sehr aufschlussreich sein. Ein Kranker, der von Angehörigen, Nachbarn oder sogar der Polizei als passives oder gewaltsam widerstrebendes Opfer hergeschleppt wird, ist selten ein hoffnungsvoller Kandidat für einen psychotherapeutischen Versuch. Sogar dann noch mag es sich aber lohnen, sich mit dem Patienten selbst in Beziehung zu setzen. Angehörige und Nachbarn sind meist nur allzu rasch bereit, ihrerseits die nötigen Auskünfte zu erteilen, da sie ja annehmen, der Kranke sei „nicht bei Sinnen" und demgemäss unfähig, über sich selbst Rechenschaft abzulegen. Sie reagieren deshalb oft mit Überraschung, ja sogar Unmut, wenn wir versuchen, den Patienten selbst zum Mittelpunkt unserer Aufmerksamkeit und Sorge zu machen. Dieser jedoch anerkennt oft dankbar unser persönliches Bemühen um ihn oder verlangt gelegentlich sogar von sich aus, unter Umständen recht ungestüm, dass ihm Beachtung geschenkt werde. Kann er fühlen, dass ihm von unserer Seite die Würde eines Subjektes zugesprochen wird, anstatt dass er, wie er dies von Seiten seiner Angehörigen und Nachbarn erfahren hat, nur mehr als ein passives Objekt oder sogar ein unliebsames Hindernis betrachtet wird, so bringt dies bereits einen Hoffnungsstrahl zum Leuchten. Er merkt,

dass er hier Gelegenheit haben wird, für seine wirklichen Schwierigkeiten Gehör und Verständnis zu finden.

Unter Analphabeten wird jemand gewöhnlich erst dann als „verrückt" erklärt, wenn er sich in aller Öffentlichkeit als nutzlos oder sogar schädlich erwiesen hat. Stilles Leiden, wie z.B. zu Beginn einer Depression oder in frühen Stadien einer Schizophrenie, jedoch auch bei neurotischen Konflikten, wird in der Umgebung kaum Beachtung und Mitleid hervorrufen. Es scheint deshalb, dass Geistes- und Gemütskranken, wenn sie gehört werden und Hilfe erreichen wollen, oft nichts anderes übrig bleibt, als so laut und störend oder sogar gewalttätig zu werden, dass man sich ihrer annehmen muss. Wenn wir unsererseits dann unter dieser oberflächlichen Schicht lärmiger Unruhe oder eigensinnigen Widerstandes das eigentliche Leiden erkennen können, so kommt oft rein dadurch bereits eine bedeutende Beruhigung im Verhalten des Patienten zustande. Er wird nun zugeben können, dass er irgendwie „krank" ist, auch wenn er vorläufig noch dagegen protestiert, „verrückt" genannt zu werden.

Auch wenn man im Westen als Psychiater mit Kindern oder Jugendlichen umzugehen hat, kann der Vorschlag, man möchte noch ein paar Worte unter vier Augen mit dem jungen Patienten wechseln, oft wichtige Anhaltspunkte dafür ergeben, ob Hoffnung auf eine direkte therapeutische Beziehung mit dem Betreffenden besteht. Sind beide Teile, Eltern und Kind, sofort damit einverstanden, so hat man die besten Chancen. Vielleicht aber zeigt sich das Kind eifrigst dazu bereit, während die Eltern zögern, es mit dem Arzt allein zu lassen oder vielleicht an der Türe lauschen und durchs Schlüsselloch gucken, während der Psychiater versucht, mit dem jungen Patienten eine private Unterredung zu führen. Daraus lässt sich schliessen, dass das Kind oder der Jugendliche, auch wenn er - oder sie - selbst nach Unabhängigkeit strebt, auf dem Wege dazu beträchtliche Hindernisse zu überwinden haben wird. Es wird ihn vermutlich ein ganz ausserordentliches Mass an Entschlossenheit und Durchhaltekraft kosten, sich wirklich von den allzu engen Familienbanden zu befreien. Bestehen schliesslich Eltern und Kind darauf, während der ganzen Konsultation beisammen zu bleiben oder klammert gar das Kind sich ängstlich

an die Begleitpersonen an, sind diese letzteren in ihren Versuchen, das Kind zu ermuntern, nur halbherzig oder geniessen sie sogar triumphierend die Demonstration ihrer Unentbehrlichkeit für das Kind, so sind natürlich die Aussichten für eine psychotherapeutische Arbeit mit dem jungen Patienten selbst sehr dürftig. Während im Westen die verschiedenen soeben genannten Situationen nur bei Kindern oder noch sehr unreifen Jugendlichen in Frage kommen, kann man sie hier, im Entwicklungsland, sogar dann beobachten und für seine Prognose verwenden, wenn der Patient bereits erwachsen ist.

Die Vorstellungen und Überzeugungen, welche die Patienten und ihre Angehörigen über die Ursachen und die auslösenden Faktoren der Geistesstörung haben, können uns weitere Hinweise geben auf den Grad der Emanzipationsfähigkeit. Glaube an Besessenheit, an Zauberkräfte, an den „bösen Blick“ passen viel besser zusammen mit den Methoden der eingeborenen Heilpersonen als mit dem, was wir anzubieten haben. Wir haben beobachtet, dass Patienten mit groben hysterischen Reaktionen und Besessenheitszuständen, obwohl sie in dieser Bevölkerung recht häufig vorkommen, anfangs nur selten zu uns zur Behandlung kamen. Für sie waren die traditionellen Zeremonien zur Geisteraustreibung noch viel bedeutungsvoller und wirksamer als unsere eigenen, so viel nüchterneren Methoden. Erst mit der Zeit, als sich die Kunde unserer erfolgreichen Tätigkeit weit herum verbreitet hatte, bekamen wir es häufiger auch mit derartigen Fällen zu tun.

Ein zweiter Schritt wäre nun, die Einsicht von der ersten zur zweiten Stufe zu fördern, also einen Patienten, der bereit ist, seine Krankheit zuzugeben, auch noch so weit zu bringen, dass er ihren psychischen Ursprung einsehen kann. Da viele unserer nicht-psychotischen Patienten, die sich am ehesten für eine Psychotherapie eignen, mit körperlichen Beschwerden zu uns kamen, war es besonders wichtig, gleich bei der ersten Begegnung dieses Verständnis zu erreichen.

Bei analphabetischen und wenig gebildeten Leuten kann man nicht als selbstverständlich erwarten, dass sie über den Bau und die Funktionen ihres Körpers im Bilde sind. Schmerz, eine unangenehme Sensation oder eine

Störung in der Funktion gewisser Körperteile oder Organe bringen oft erstmals den Körper zum Bewusstsein als etwas, das Unannehmlichkeiten bereiten kann und das nach Sorge verlangt. Dadurch wird oft Bestürzung ausgelöst, die ihrerseits einen ganzen Teufelskreis erregter Gefühle und vegetativer Reaktionen in Gang setzt. Die mangelnde Beachtung und Hilfe, welche der Patient von Seiten ausschliesslich somatisch orientierter Ärzte erfährt, trägt noch zu einer Steigerung dieses Geschehens bei. Das Vertrauen des Kranken nicht nur in seinen eigenen Körper, sondern auch in diejenigen, deren Aufgabe es sein sollte, ihm wirksame Hilfe zukommen zu lassen und den vermeintlichen körperlichen Schaden zu reparieren, wird so untergraben. Ein Erleben eigenen körperlichen Leidens und Behindertseins, zusammen mit dem, was man bereits über die Krankheiten, ja vielleicht sogar den Tod anderer Leute gehört hat, mag einem Menschen erstmals die ganze Zerbrechlichkeit menschlichen Lebens und die ständige Bedrohung seiner Existenz durch Verderbnis und Auflösung zum Bewusstsein bringen.Der Patient, welcher sein Leiden im körperlichen Bereich verspürt und für den meist nur das Handgreifliche als „wirklich" gilt, erwartet natürlich eine somatische Behandlung und wird vorerst zögern, unsere Behauptung, er leide an einer seelischen Störung, anzunehmen. Für ihn wäre dies gleichbedeutend mit „vehem", d.h. mit einer eingebildeten Krankheit, einem „Sichaufregen wegen nichts", oder gar mit Simulation. Er möchte vor allem wissen, warum diese anderen Ärzte ihm versicherten, es fehle ihm nichts und dennoch teure Medikamente verschrieben; er besteht darauf, dass zusätzliche körperliche Untersuchungen, z.B. mit dem Röntgenapparat, im Laboratorium oder sogar durch eine Probe-Exzision, die körperliche Wirklichkeit seines Leidens doch noch beweisen sollten.

Es ist deshalb oft eine unserer ersten Aufgaben, mit dem Patienten eine Art Gesundheitserziehung zu treiben und ihm Bau und Funktionen seines Körpers zu erklären, vor allem jedoch sein Verständnis zu wecken für die engen Beziehungen zwischen Gefühlen und vegetativem Nervensystem. Dies besorge ich meist in Form eines Gleichnisses:

Ich beziehe mich auf das Beispiel eines Pferdes und eines in Kashmir

üblichen zweirädrigen Wagens. Nehmen wir an, so sage ich, dass jedesmal, wenn dieses Gefährt sich zu bewegen beginnt, der Karren schwankt, holpert, von seinem Wege abweicht oder sogar umkippt. Das erste, was man in diesem Fall tun würde, wäre wohl eine gründliche Untersuchung des Pferdes: ob all seine Hufe gut beschlagen sind, ob sein Zaumzeug richtig angepasst ist, ob das Tier gut genährt und ganz allgemein in kräftigem Zustand ist. Dann werde man auch den Karren inspizieren und sich versichern, dass jeder Nagel, jede Schraube am richtigen Platz sitze, die Achse gut geölt und schliesslich auch die Ladung richtig verteilt und gut befestigt sei. Wie aber, wenn man finden sollte, dass tatsächlich all dies in Ordnung ist, trotzdem aber das Gefährt nicht glatt läuft? Ist es nicht der Patient selbst, der sich nun dazu äussert, so muss ich ihn darauf aufmerksam machen, dass es dann vermutlich der Fuhrmann sein wird, welcher nicht weiss, wann und wie Peitsche, Zügel und Bremse zu betätigen sind.

Ich erkläre nun, dass jeder Körperteil, jedes Organ von zwei verschiedenen Nerven gelenkt werde: einer diene jeweils als „Peitsche", zum Antrieb, der andere als Zügel oder Bremse, zur Hemmung. Und wer ist dann der Fuhrmann? Nun, offensichtlich der Geist, jedoch nicht nur derjenige Teil des Geistes, dessen wir uns bewusst sind, sondern auch der „verborgene Geist", die „Gerümpelkammer", in der wir all das verstauen, was im Moment keinem nützlichen Zweck zu dienen scheint oder sogar der Wirksamkeit des an der Oberfläche sich betätigenden Geistes abträglich sein könnte. Herrscht jedoch in diesem Geist eine Entzweiung, zu viel Gegensatz zwischen dem „verborgenen" und dem „offen daliegenden" Teil, ein zweifelndes Zögern, ob man in einer bestimmten Situation vorwärts gehen oder lieber zurückbleiben möchte, so erhalten Peitsche und Bremse im Nervensystem sich widersprechende Befehle, und die Funktionen der Körperteile und Organe geraten in Verwirrung. Die bisher konsultierten Ärzte hätten, so füge ich jeweils noch hinzu, insofern recht gehabt, als Wagen und Pferd, für die allein sie zuständig seien, durchaus in Ordnung seien. Jetzt jedoch gelte es, mit unseren besonderen Methoden zu untersuchen, wie es denn mit dem Fuhrmann, eben dem Geist stehe, ob dieser vielleicht in bezug auf irgendeine

Lebenslage Peitsche, Zügel und Bremse nicht mehr zweckmässig zu handhaben wisse.

Handelt es sich um Patienten, die Anfälle hysterischer „Bewusstlosigkeit" erleiden, so weise ich darauf hin, dass jeder gute Arzt, wenn er während einer Untersuchung oder einer Operation dem Kranken Schmerz oder Unbehagen zufügen müsse, zuerst den Patienten durch eine Anästhesie unempfindlich oder gar „bewusstlos" mache. Ähnlich tue dies nun auch der menschliche Geist von sich aus: Wenn der Betreffende sich einer Situation gegenüber sehe, die er nicht ertragen könne, solange er „bei Sinnen" sei, so lasse dieser Geist einfach den Vorhang der Bewusstlosigkeit herunter fallen. Darauf spreche ich dann dem Patienten Mut zu, dass er vielleicht mit meiner Hilfe und unter dem Schutze meiner grösseren Tragfähigkeit es wagen könne, mit wachen Sinnen dem zu begegnen, was für ihn allein allzu erschreckend oder beunruhigend sei.

Diese oder ähnliche Erklärungen, in einfacher Alltagssprache gehalten und Bilder verwendend, die dem täglichen Erleben des Betreffenden nahe stehen, sind meist ziemlich überzeugend, wenigstens für den Moment. Der Patient gelangt damit zur zweiten Stufe der Einsicht, indem er nun versteht, dass er psychisch krank ist und dass dies auch eine Wirklichkeit, und zwar gar nicht unbedingt eine beschämende, ist.

Der nächste Schritt sollte nun darin bestehen, die körperlichen Symptome oder andere Krankheitserscheinungen, die bereits als Ergebnis eines Gefühlskonfliktes verstanden worden sind, mit irgendeinem bestimmten Problem in Zusammenhang zu bringen, das dem Patienten bis zu diesem Moment vielleicht noch nicht bewusst war, das er vielleicht aber auch schon, wenn auch nur undeutlich und zusammenhangslos, ahnte. Bei einem analphabetischen oder wenig gebildeten Patienten kann man es aber nicht als ebenso selbstverständlich annehmen wie bei emanzipierten Menschen, dass ihm selbst solche möglicherweise Leiden erzeugenden Situationen bewusst sind. Er lebt meist in viel weniger reflektierter Weise; er hält sich in einem unmittelbaren „Hier und Jetzt" auf und hat kaum Verständnis für die geschichtliche Kontinuität und Ganzheit seiner Existenz. Sogar gebildetere Patienten erinnern sich hier nur selten an Ereignisse ihrer Kindheit; ja, nicht

einmal ihre Eltern können berichten, was alles dem einen oder anderen ihrer meist zahlreichen Kinder in den ersten Lebensjahren zugestossen sein mag. Es ist typisch, dass in einigen indischen Sprachen dasselbe Wort gebraucht wird für „gestern", „morgen" und auch „einige Zeit später", was dann ebenso gut „nie" sein kann. Die einzige klare zeitliche Unterscheidung ist also diejenige zwischen einem mit Gewissheit erlebten „Heute" oder „Jetzt", welches deutlich im Blickpunkt steht, und allem andern, das in einem farblosen Dunst von „noch nicht" oder „nicht mehr" vernebelt bleibt. Spontanes Beichten bereits bekannter Konflikte und nützliche Mitarbeit beim Aufdecken vergessener Ereignisse oder unbewusster Komplexe kann man deshalb nur in geringem Masse und nur mit dürftigem Ergebnis erwarten.

Die Suche nach auslösenden Faktoren oder verursachenden Konflikten bei psychischen Störungen wäre somit fast aussichtslos, wenn nicht eine weitere Eigenart unserer ungebildeten Patienten uns zu Hilfe käme:

Wenn man diese Leute mit geistig wacheren Menschen, entweder im Westen oder in Indien selbst, vergleicht, so fällt einem immer wieder das weitgehende Fehlen individueller Verschiedenheiten in ihren Lebensgeschichten auf. Situationen und Erlebnisse in jedem Lebensabschnitt sind so einförmig, so eng allgemein üblichen, stereotypen Mustern entsprechend, dass es für den Therapeuten relativ leicht ist, die Probleme eines Patienten gemäss seinem Alter, seinem Geschlecht und seiner sozialen Stellung zu erraten. Dies setzt natürlich voraus, dass er bis ins einzelne reichende Kenntnisse hat, nicht nur über das Leben im betreffenden Lande im allgemeinen, sondern ganz spezifisch in bezug auf die Gegend, in welcher er tätig ist, und innerhalb derselben wiederum gemäss den verschiedenen religiösen und gesellschaftlichen Gruppen.

Da Menschen auf diesem Niveau ihr Leben noch meist fast vollständig im Kreise der Sippschaftsfamilie verbringen und darüber hinaus nur wenige Beziehungen in der unmittelbaren Nachbarschaft und vielleicht an einem Arbeitsort haben, besteht natürlich das Hauptstück der Information, die man sich zu verschaffen hat, in der Familiengeschichte. Durch ein Vergleichen der jeweiligen Familienzusammensetzung mit dem Wissen um traditionelle

Familienformen und gleichzeitig den ungefähren Zeitpunkt des Einsetzens der Krankheitssymptome im Auge behaltend, kann man oft zu einer ganz plausiblen Vermutung betreffend die für den Patienten kritisch gewordene Situation gelangen. Es ist zwar nicht immer ratsam, den Patienten dann sofort vor diese Hypothese zu stellen und damit vielleicht seinen Widerstand hervorzurufen. Das Geschick des Therapeuten, sofort schon während einer ersten Konsultation den Finger auf den wunden Punkt legen zu können, ist aber etwas, das natürlich sein Prestige ungeheuer fördert und dem Patienten Achtung und Vertrauen einflösst.

Einige Beispiele mögen illustrieren, wie relativ einfach solches „Erraten" ist, wenn man genügend über die sozialen Hintergründe orientiert ist.

Ein 14- bis 15-jähriges Mädchen, Tochter eines „Gujar", also eines halbnomadischen Hirten, wurde mit gelähmten Beinen ins Spital gebracht. Als alle körperlichen Untersuchungen der Nerven, Muskeln und Gelenke keinerlei Anhaltspunkte für eine organische Ursache ergaben, sandte man die Patientin zu uns, in der Annahme, es handle sich um eine hysterische Gehunfähigkeit. Ich wusste, dass die „Gujar" ihre Töchter sehr früh verheiraten. Auf eine dementsprechende Frage bekam ich auch tatsächlich die Auskunft, dass sie verlobt sei und nächstens die Hochzeit stattfinden sollte. Ausserdem war mir bekannt, dass bei den Mohammedanern, besonders aber bei diesen Hirten, ein Mädchen nach der Heirat nicht immer zu ihren Schwiegereltern zieht, sondern unter Umständen auch im Elternhaus bleiben kann, wo dann der junge Ehemann als zusätzliches Familienglied aufgenommen wird. Ganz beiläufig, in entspanntem Gespräch, fragte ich dann: „Wenn Du nun heiratest, wirst Du dann in der eigenen Familie bleiben oder in der Familie Deines Mannes wohnen?" Prompt antwortete sie: „Wie kann ich denn zu den Schwiegereltern ziehen, wenn meine Beine nicht gehen können?" Damit war natürlich für mich die Situation sofort klar. Nur bedeutete dies vorerst noch gar nicht, dass auch die junge Patientin reif war für die Einsicht in diesen offensichtlichen Zusammenhang. Für sie galt ja vorläufig eine umgekehrte Logik; ihre Symptome sollten mitteilen: „Ich kann nicht zu den Schwiegereltern gehen, weil ich gelähmt bin" und nicht, wie sich mir die Sache darstellte: „Weil ich

nicht zu den Schwiegereltern ziehen möchte, können oder dürfen meine Beine nicht gehen."

Man darf einem Patienten derartige Zusammenhänge nicht allzu früh und allzu brüsk eröffnen. Es könnte sonst leicht so aussehen, als wolle man einen Betrug entlarven und den Betreffenden der Scham und Verlegenheit aussetzen. Ähnlich wie dies auch die traditionellen Heilkünstler tun, muss man versuchen, durch geschicktes Manipulieren dem Patienten sozusagen eine Brücke zurück zur Gesundheit zu bauen, ohne dass dadurch seine Selbstachtung und seine Glaubwürdigkeit für die Umgebung verletzt wird. In diesem Fall besprachen wir die Situation mit den Eltern und, auf die noch grosse Unreife und Unselbständigkeit der Tochter hinweisend, rieten wir ihnen, es zur Bedingung für die Heirat zu machen, dass der junge Ehemann sich ihrer Familie zugesellen würde. So nebenbei erwähnten wir diesen Vorschlag auch dem Mädchen gegenüber. Vor allem jedoch befriedigten wir die Erwartung der Patientin, dass etwas mit diesen gelähmten Beinen zu geschehen habe, durch tägliche, keineswegs schmerzhafte Massage mit einem geheimnisvollen elektrischen Gerät und allmählichen Steh- und Gehversuchen, beides natürlich von viel Suggestion begleitet. Dies war wohl viel wirksamer als irgendeine komplizierte Interpretation gemäss psychoanalytischen Theorien.

Eine andere junge Verlobte, eine Hausboot-Bewohnerin, leistete sich Anfälle von Bewusstlosigkeit, die mehrmals täglich, jedoch immer nur zwischen 10.00 und 16.00 Uhr auftraten. Da dies in Kashmir die offizielle Arbeitszeit nicht nur in Regierungsämtern, sondern auch in Privatgeschäften ist, erkundigte ich mich sofort, ob jemand in der Familie während dieser Zeit zur Arbeit ausgehe. Als es hiess: „Ja, der Vater", versuchte ich zu erfahren, ob denn während seiner Abwesenheit daheim irgend etwas anders sei oder fehle. Die Patientin und ihre Mutter berichteten dann, dass die Leute im benachbarten Hausboot erbittert seien über die Verlobung, welche - natürlich durch die Vermittlung der Eltern - mit einem jungen Mann aus einem entfernten Stadtteil geschlossen worden sei. Diese Nachbarn hatten nämlich gehofft, ihr eigener Sohn werde als Bräutigam in Betracht gezogen. Um ihrer Enttäuschung und ihrem Ärger Luft zu machen, benützten sie nun jede

Gelegenheit, um die Patientin und ihre Mutter zu necken und zu plagen; sie wagten dies jedoch nur während der Zeit, zu welcher der Vater abwesend war.

In anderen Fällen, wenn man die Reihe von Kindern bedenkt, welchen eine gänzlich erschöpfte Frau bereits das Leben geschenkt hat, mag man sofort merken, dass ein Problem der „Familienplanung" vorliegt. Dies ist vor allem dann in Betracht zu ziehen, wenn die Symptome zu einem Zeitpunkt eingesetzt haben, an dem, einige Monate nach der letzten Geburt, eine erste Menstruation anzeigt, dass man wieder eine erneute Empfängnis riskiert. Eine Krankheit ist dann oft der einzige Ausweg, auf welchem sich eine Frau vor den Annäherungen ihres Mannes schützen kann. Heutzutage werden natürlich solche Fälle seltener, da nachgerade doch die Kunde von den verschiedenen empfängnisverhütenden Methoden weit unters Volk gedrungen ist und auch religiöse Vorurteile ihrer Verwendung kaum mehr im Wege zu stehen vermögen. Man hat also direktere Möglichkeiten, einem allzu grossen Kindersegen Einhalt zu gebieten und braucht nicht mehr mit einer psychosomatischen oder hysterischen Störung für die gewünschte „Familienplanung" zu bezahlen.

Gelegentlich ist es nicht so sehr die Frau, sondern eher der Gatte, auf den die Hauptlast einer rasch wachsenden Familie fällt. Abgesehen von der wirtschaftlichen Belastung mag es sein, dass er seine Kinder unbewusst als lästige Rivalen erlebt, welche der Erfüllung seiner eigenen noch kindlich-unreifen Bedürfnisse im Wege stehen oder alten Geschwisterneid wieder neu aktivieren.

Die Ankunft einer neuen Schwiegertochter in einer bisher harmonischen Familie kann Schwierigkeiten mit sich bringen für die Schwiegermutter oder eine ihrer Töchter, vielleicht auch für eine bereits eingesessene ältere Schwiegertochter, jedoch vor allem auch für die Neuhinzugekommene selbst. Im Punjab, so erzählte man mir, fragt man sich in einer Familie jeweils vor dem Einzug einer neuen Schwiegertochter: „Werden wohl wir sie verdauen können oder wird sie uns auffressen?"

Mit ganz besonderen Schwierigkeiten mag ein Mädchen zu kämpfen haben, wenn es, gemäss islamischem Brauch, an einen Vetter in einer eng

zusammenhaltenden Sippschaftsfamilie verheiratet wird. Es hat dann keinerlei Möglichkeiten, gelegentlich seinen Gefühlen irgendwo Luft zu machen, da ja Elternhaus und Familie der Schwiegereltern identisch sind und man somit nie jemanden trifft, der nicht auch in die Situation verwickelt wäre. Ähnliche Probleme kann es geben, wenn „übers Kreuz" geheiratet wird, das heisst, wenn gleichzeitig eine Tochter und ein Sohn einer Familie mit einem Geschwisterpaar einer anderen Familie verehelicht werden.

Eine Konstellation, die wir bei mohammedanischen Patientinnen häufig antrafen, besteht in einer engen Bindung zwischen Mutter und Tochter. Kommt die Zeit, zu der nach altem Brauch die letztere, meist sehr bald nach der Menarche, verheiratet werden sollte, so melden sich entweder bei der Mutter oder bei der Tochter, gelegentlich auch bei beiden, funktionelle Störungen. Diese haben natürlich die Aufgabe, den Konflikt zwischen der Pflicht, die Tochter an den Mann zu bringen, und dem Wunsch, sie als weibliche Gefährtin und Gehilfin daheim zu behalten, anzuzeigen, aber gleichzeitig auch zu verdecken. Vor allem aber soll die Notwendigkeit einer Trennung vermieden werden. Dies geschieht besonders oft, wenn die Mutter in absehbarer Zeit für ihre Tochter keinen Ersatz in Form einer Schwiegertochter erwarten kann, sei es weil sie keinen ehereifen Sohn hat, sei es weil die voraussichtliche oder tatsächliche Frau eines Sohnes zu emanzipiert ist, um sich dem Regiment einer altmodischen Schwiegermutter zu fügen.

Zwischen einer Witwe und ihrem einzigen Sohn mag es ähnliche Probleme geben; der eine oder andere Teil muss durch Krankheit bezahlen für die Unwilligkeit, die enge Beziehung aufzulösen und sich den Forderungen des Lebens zu fügen.

Der Tod oder die schwere Erkrankung eines nahen Verwandten, eines Nachbarn oder eines Freundes löst oft eine Angstreaktion aus. Obwohl der Patient selbst und seine Angehörigen natürlich sich an das Ereignis als solches erinnern, würde es niemandem einfallen, es in Zusammenhang mit dem Herzklopfen oder den Anfällen von Bewusstlosigkeit des Patienten zu bringen.

Dann wieder findet man eine Mutter, die vor ungefähr zwei Jahren in eine hartnäckige Depression gefallen ist. Bei Aufnahme der Familienanamnese fällt

vorerst nichts Ausserordentliches oder Verdächtiges auf. Sie hat fünf gesunde Kinder, von denen das jüngste jetzt siebenjährig ist. Versetzt man sich jedoch in jene Zeit vor zwei Jahren zurück, als die Beschwerden ihren Anfang nahmen, so kommt einem vielleicht eine Erleuchtung: Ob nicht vielleicht damals auch dieses letzte Kind zur Schule gesandt worden sei? fragt man. Ja, natürlich war dies der Fall - und die analphabetische Mutter, die ihren Kindern nicht in diese neue, für sie verschlossene Welt des Lernens folgen konnte, blieb einsam und unnütz zurück, in ihrem Leben keinen Sinn mehr sehend.

Andererseits ist auch die Lage eines jungen Menschen, der in seiner Familie der erste ist, welcher zur Schule geht oder sich eine höhere Bildung leisten kann - obwohl dies an sich eine ganz banale Gegebenheit sein mag - etwas, das oft besonders hervorgehoben werden muss. Diese Situation kann einerseits zu Angst und zu einem Gefühl der Isoliertheit und Hilflosigkeit führen, andererseits aber auch maniforme Aufblähung und Überheblichkeit zur Folge haben.

In den bisherigen Beispielen erforderte nur das Erkennen der auslösenden Situation spezielles Verständnis für die lokalen Gegebenheiten, die Krankheitserscheinungen als solche entsprachen allgemein bekannten Syndromen. Es gibt aber ausserdem seltene Krankheitsbilder, in denen auch die Symptome sogenannt „kulturspezifisch" sind, also in dieser Form nur gerade in diesem besonderen kulturellen Milieu vorkommen. Einer Störung dieser Art, deren Symptome allerdings in anderem Zusammenhang auch anderswo vorkommen, dann jedoch eher bei Kindern, war ich schon zu Anfang meiner Tätigkeit in Indien in einer Stadt der nordindischen Ebene auf die Spur gekommen, und nun fand ich sie in Kashmir wieder: Es wurden uns gelegentlich, meist von Allgemeinpraktikern oder auch von Urologen, Männer zugewiesen, die an „Harnträufeln", also einer ungenügenden Kontrolle über die Blasenschliessmuskeln, litten, für welche man bei der körperlichen Untersuchung keine plausible Ursache finden konnte. Anfangs stand ich solchen Fällen ziemlich ratlos gegenüber, bis mir auffiel, dass die Betreffenden immer Mohammedaner waren. Ich erkundigte mich dann bei meinen indischen Mitarbeitern, ob es im Islam besondere Gebote oder „Tabus" gebe in bezug auf

das Urinieren. Man erklärte mir darauf, dass es für Mohammedaner ein strenges Gebot sei, sich für die Verrichtung des täglich fünfmaligen Gebetes gründlich zu säubern und vor allem darauf zu achten, dass weder am Körper noch an den Kleidern irgendwelche Spuren von Urin zurück bleiben.

Ich überlegte mir nun, ob dieses Harnträufeln, das zweifellos den daran Leidenden hindern würde, sein Gebet vorschriftsmässig zu verrichten, vielleicht zur psychosomatischen Verdeckung einer Situation zu dienen hatte, in welcher der Betreffende aus psychischen Gründen Widerstände gegen das Beten hatte. Als ich dann in dieser Richtung weiter forschte, fand ich regelmässig, dass diese Patienten wegen irgendeiner unglücklichen Begebenheit einen tiefen Groll auf Allah hatten und seiner weisen Allmacht nicht mehr vertrauen konnten. Es war für sie deshalb unmöglich, das „Inshallah", d.h. „Gottes Wille geschehe!", mit dem jedes mohammedanische Gebet beginnt, aufrichtig auszusprechen. Da es aber für sie beschämend oder sogar bedrohlich gewesen wäre, sich ständig dieser Auflehnung gegen den Allmächtigen bewusst zu bleiben, kam als eine Art „Ersatzopfer" das körperliche Symptom zustande, welches ihnen dann eine sehr wirksame und auch für ihre Umgebung annehmbare Entschuldigung für das Fernbleiben vom Gebet gab.

Dieser Groll gegen Allah ist übrigens etwas, das ich in etwas anderer Form und in anderem Zusammenhang noch öfters fand und das oft zum hartnäckigen Andauern einer Depression oder einer Angstreaktion beitrug. Ich erlebte es wiederholt, dass zum Beispiel die Frage an eine verbitterte, vergrämte Frau, ob sie es je Allah verziehen habe, dass er ihr Kind habe sterben lassen, plötzlich etwas in Bewegung brachte und die erstarrte Situation auftauen liess. Wenn erst einmal durch Überwindung des Trotzes, der einem nicht mehr gestattete, das „Inshallah!" von ganzem Herzen auszusprechen, das Beten wieder möglich wird, kann man nicht nur mit vorher versperrten Kräften aus ewiger Quelle wieder Verbindung aufnehmen, sondern sich auch wieder geborgen fühlen als Glied einer Gemeinschaft, die für die Mohammedaner so sehr durch ihre religiösen Gebote bestimmt und zusammengehalten wird.

Zu betonen ist, dass nicht nur diese letzterwähnten Situationen, sondern

auch alle anderen, die ich so ziemlich aufs Geratewohl aus einer ganzen Sammlung von Problemen herausgelesen habe, nicht alle auch für Hindu-Familien in dieser selben Umgebung, aber auch nicht unbedingt für Mohammedaner in andern Teilen Indiens gelten würden. Als ich in Srinagar ankam, nachdem ich vorher schon jahrelang in Gegenden Indiens gearbeitet hatte, in welchen die Hindus die Bevölkerungsmehrheit bilden, wusste ich ganz genau, dass ich die dort gewonnenen Erfahrungen hier in diesem neuen Milieu nicht ohne weiteres würde anwenden können. Es verging einige Zeit, bis es mir gelang, mich neu zu orientieren, und zwar nicht nur durch Untersuchung von Patienten, sondern auch durch scharfes Beobachten, während ich mit offenen Augen und Ohren zu Fuss durch die engen Gässlein der Altstadt streifte oder die Leute im Autobus und auf der Strasse beim Gespräch belauschte. Es galt, die möglichen Komplikationen von Situationen und Beziehungen herauszulesen, welche für diese Umgebung, in der mohammedanische Bräuche vorherrschen, typisch sind. Man muss also jeweils die kulturbedingte Eigenart der Faktoren, die geistige Gesundheit fördern oder hindern können, sehr klar im Auge behalten, während man andererseits, wie bereits erwähnt, die Auswirkung rein individueller Varianten beim Einzelnen fast vernachlässigen kann.

Ob man dann jeweils die kritischen Umstände, die man so herausfindet und die sich meistens auf Beziehungen und Ereignisse innerhalb der Familie beziehen, nach Freudscher Methode und Terminologie interpretieren will, ist eine Sache persönlicher Neigung. Wenn man unbedingt will, kann man sicher ödipale Verwicklungen, Inzestwünsche, Schuldgefühle über verbotene libidinöse Strebungen hinter manchen Störungen, die unsere Patienten darbieten, aufspüren. Es mag für den Therapeuten erfreulich sein, all das gemäss einer wohlbekannten westlichen Psychotherapie-Schule etikettieren und interpretieren zu können, ähnlich wie es einem auch eine gewisse Befriedigung gibt, wenn man in diesem fremden Milieu zu Diagnosen gelangt, die sich in der anerkannten internationalen Klassifizierung unterbringen lassen. Es geschieht dann jedoch leicht, dass man vielleicht viel wichtigere und für diesen Kulturkreis typischere Zusammenhänge übersieht. Ausserdem riskiert

man, den Patienten in Verlegenheit zu bringen oder sogar endgültig abzuschrecken, würde man ihm seine Konflikte als Resultat erotischer Wünsche oder gar inzestuöser Tendenzen darstellen. Es ist für ihn sinnvoller und auch annehmbarer, wenn man ihm erklärt, dass seine „Unreife" und sein „Bedürfnis nach Sicherheit" im Gegensatz stehen zur heutzutage benötigten Fähigkeit, individuelle Verantwortung zu tragen und sich einigermassen in eine unabhängige Lage hinein zu wagen. Sogar dann noch findet man oft, dass bei der nächsten Unterredung all das, was man ihm auch noch so vorsichtig eröffnete, und was er anscheinend auch verstanden hatte, wieder völlig vergessen und verdrängt worden ist.

Schon während einer ersten Konsultation sollte man - natürlich nebst der Verschreibung von Medikamenten, welche als Vermittler der magischen Kräfte des Arztes unbedingt erwartet werden - versuchen, für die Probleme, die man erkannt hat, irgendwie konstruktive und unterstützende Hilfe zu bieten. Oft ist diese Forderung schon in den bereits geschilderten Schritten erfüllt worden, das heisst dadurch, dass man dem Patienten Klarheit verschafft hat über die Funktionen seines Körpers, ihren Zusammenhang mit seinen Gefühlen, sowie über die Situationen und Erlebnisse, welche diese Gefühle in Aufruhr zu bringen vermögen. Es ist von Nutzen, die Erklärungen und Ratschläge in Form von traditionellen Begriffen auszudrücken, indem man Beispiele und Bilder aus dem alltäglichen Leben benützt oder Gleichnisse aus Volkserzählungen, Mythen und Religion aus dem eigenen Kulturkreis des Patienten herbeizieht. Andererseits können, besonders bei jungen Menschen, die bereits einer modernen Erziehung und Lebensart den Vorrang geben, auch Erklärungen mit wissenschaftlichem Charakter wertvoll sein, vor allem wenn sie das Vertrauen in die Anpassungs- und Widerstandsfähigkeit des Organismus und ganz allgemein die schöpferischen Möglichkeiten des Lebens betonen.

Es kann an diesem Punkt auch nützlich sein, einem Patienten zu zeigen, wie man sich heruntergeschluckten oder aufgespeicherten Ärgers entledigen kann, indem man ihn in unschädlicher Weise durch eine handwerkliche, hausfrauliche oder sportliche Betätigung ablenkt.

Es mag sich lohnen beizufügen, dass sogar das Verschreiben von

Medikamenten zu einer psychotherapeutischen Erfahrung gestaltet werden kann. Ich war oft peinlich berührt feststellen zu müssen, wie wenig Verständnis und Mitgefühl Ärzte, vor allem die jüngeren unter ihnen, für die Bedürfnisse analphabetischer Patienten haben. Wenn man ihre Rezepte ansieht, so bekommt man den Eindruck, dass es ihnen nur darum geht, ihr perfektes Wissen über die neuesten Heilmittel unter Beweis zu stellen. Ob der Patient wirtschaftlich in der Lage sein wird, die Medikamente zu kaufen, ob er verstehen wird, wann und wie oft sie einzunehmen sind und welches ihre Wirkung und Nebenwirkungen sein werden, scheint sie kaum je zu kümmern. Die meisten der Patienten sind jedoch nicht nur rein wirtschaftlich gesehen „arm", sondern auch „arm" in bezug auf ihre Fähigkeit, etwas zu verstehen, und auf jeden Fall irgendwelchen schriftlichen Erzeugnissen gegenüber gänzlich hilflos und perplex.

In meiner eigenen Arbeit mit Patienten und auch beim Unterrichten junger Ärzte und Sozialarbeiter betonte ich immer wieder, man müsse sehr sorgfältig darauf achten, dass der Patient die ihm unentgeltlich zustehende Menge an Medikamenten erhalte und wisse, was er ausserdem noch zu kaufen habe, wie viel ihn das kosten werde und wann und wie er die Mittel (Fig. 6) einzunehmen habe. Der Gebrauch einfacher bildhafter Zeichen, um Zeitpunkt und Dosierung für die Einnahme von Medikamenten verständlich darzustellen, hat sich mir sehr bewährt.

Die meisten traditionell gesinnten Patienten erwarten ausserdem, dass der Arzt ihnen Anordnungen für die richtige Diät geben wird und sind enttäuscht, wenn wir es versäumen oder ablehnen, auf diese für sie so wichtige Frage nach „verbotenen" und „empfohlenen" Nahrungsmitteln einzugehen.

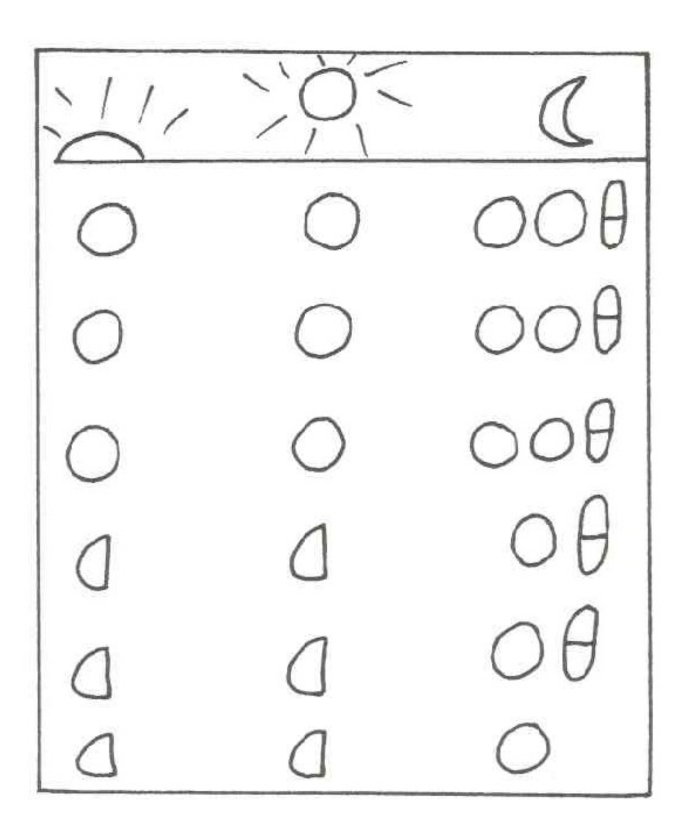
Es war grossenteils unsere Besorgtheit um all diese anscheinend banalen Einzelheiten, welche uns bei unseren Patienten das Lob eintrug, dass man bei uns mit „hamdardi", also mit Mitleid und Sympathie, behandelt werde.

Ist nun aber die Einbeziehung kultureller Faktoren und die Fähigkeit, Erklärungen und Interpretationen in einer dem Patienten verständlichen Sprache zu formulieren, so wichtig für eine psychotherapeutische Arbeit mit

wenig gebildeten Menschen, so wird man sich fragen, ob ein Therapeut, welcher nicht dem sozio-kulturellen Milieu angehört, in welchem er arbeitet, für eine derartige Tätigkeit tatsächlich geeignet ist. Es gibt Autoren, die dies bezweifeln. Auf Grund meiner eigenen langen Erfahrung möchte ich jedoch behaupten, dass der ausländische Therapeut, vorausgesetzt, dass er gute Kenntnisse über die betreffende Kultur hat und wenigstens eine gängige Sprache beherrscht, sogar bestimmte Vorteile hat.

Ein Aussenstehender kann in Lebensbedingungen, die man allgemein als „normal" betrachtet, die für ihn selbst jedoch ungewohnt sind, viel eher das sehen, was möglicherweise pathogen sein könnte, als der zum Lande gehörende Kollege, für den sie eben das Übliche sind, das er, ohne sich darüber Gedanken zu machen, als selbstverständlich hinnimmt.

Skizze 6 *Bildhafte Darstellung der Medikamenten Verordnung*



Ist er selbst frei von kulturellen Wertungen und Vorurteilen, so kann er

die Hemmungen und Skrupel des Patienten vermindern, wenn es für den letzteren darum geht, eigene Strebungen und Ideen, die mit seiner bisherigen Tradition im Widerspruch stehen, sich selbst und dem Therapeuten einzugestehen. Besonders jedoch in bezug auf Wahrung des ärztlichen Geheimnisses wird einem Fremden oft grösseres Vertrauen entgegen gebracht als einem Arzt, der aus derselben Gegend stammt und der deshalb meist selbst intensiv in das soziale Netzwerk verstrickt ist.

Die Gegenwart und das Beispiel des ausländischen Arztes als eines „anderen", „verschiedenen" - und zwar „anders" und „verschieden" in einem positiven, geachteten Sinne - mag den Patienten anregen, sich mit ihm zu identifizieren oder, in C.G. Jungs Terminologie, in ihm seinen eigenen Schatten zu entdecken, den er dann integrieren kann. Durch seine Kenntnis und sein respektvolles Annehmen der traditionellen Kultur kann der fremde Therapeut einerseits vielfach notwendige Unterstützung und Geborgenheit vermitteln. Andererseits kann er, als derjenige, welcher aus dem gewohnten Milieu „heraussteht", das vertreten und versinnbildlichen, was der Patient bisher noch nicht ist, was er jedoch möglicherweise noch werden kann. Dadurch wird im therapeutischen Feld eine schöpferische Spannung erzeugt. Die doppelgesichtige Figur des Therapeuten ruft den Patienten auf zur Wahl zwischen der Möglichkeit, sich selbst als ein einzigartiges Individuum in seiner Existenz zu verwirklichen, und andererseits einem unveränderten Eingebettetbleiben in althergebrachten Verhaltensmustern und kollektiven Sicherheiten.

Es gelang mir sogar gelegentlich, meine besondere Stellung zu einer Technik auszugestalten, mit der dieser Aufruf dem Patienten in deutlicher Weise nahegebracht und gleichzeitig seine Fähigkeit, ihm zu folgen, geprüft werden konnte:

Da ich nur Urdu, also die Sprache der Gebildeten, flüssig beherrsche, Kashmiri jedoch nicht gut verstehe, musste ich oft einen Dolmetscher - entweder einen Assistenten oder die Sozialarbeiterin - benützen, um mit analphabetischen Patienten ins Gespräch zu kommen. Galt es nun, die Aufmerksamkeit eines Patienten auf einen möglichen Konflikt zu lenken

zwischen Beharren in alter Tradition und einem Bestreben oder einer Notwendigkeit, sich als Individuum zu bewähren, so bat ich den Dolmetscher jeweils, meine Frage oder Bemerkung dem Patienten so vorzulegen, dass letzterer den Eindruck haben musste, der Dolmetscher sei meiner Meinung gegenüber skeptisch oder sogar kritisch und ablehnend eingestellt. Im Falle einer überlasteten Mutter zum Beispiel, die nach der Geburt des sechsten Kindes einen Zusammenbruch erlitten hat, würde der Übersetzer folgendermassen fragen: „Diese fremde Ärztin da meint, dass Sie, nachdem Sie bereits so viele Kinder haben, vielleicht nicht erfreut darüber waren, als dieses letzte Baby nun noch ankam?" Sucht die Patientin ihre Sicherheit im Festhalten an traditionellen Ansichten und Bräuchen, so wird sie den ungläubigen oder vielleicht gar lächerlich machenden Ton in den Worten des Dolmetschers heraus hören, um dann sofort zu protestieren: „Aber nein! Jede Mutter wünscht sich doch so viele Kinder als möglich!" Haben sich jedoch bereits Gefühle und Strebungen in ihr geregt, welche gegen das Los der Frau, so wie es ihre Tradition vorschreibt, rebellieren, dann mag die Antwort lauten: „Ja, natürlich, die fremde Ärztin hat recht!" Entsprechend der jeweiligen Antwort kann man dann entweder sorgfältig „zudecken" und mit einer rein stützenden Haltung weiterfahren oder, im zweiten Fall, der Frau dazu helfen einzusehen, dass ihre zaghafte Rebellion gerechtfertigt ist, ja, dass sie heutzutage sogar in der offiziellen Gesundheits- und Wirtschaftspolitik des Landes ihren wichtigen Platz hat. Schliesslich mag es dann gelingen, den widerstrebenden Ehemann auch für eine Unterredung zu gewinnen und dem Paar eine passende Methode der Familienplanung zu empfehlen.

Diese Technik kann natürlich mit den nötigen Variationen in verschiedenen anderen Situationen ebenfalls angewendet werden.

Was ich bis jetzt zu skizzieren versucht habe, waren einige Methoden, um eine erste und vielleicht einzige Konsultation psychotherapeutisch bedeutungsvoll und wirksam zu gestalten. Einige der Patienten kommen, wie gesagt, nicht zurück. Diejenigen, die nicht zufrieden sind mit dem von uns Gebotenen, setzen ihre Runde von Arzt zu Quacksalber, von Quacksalber zu Faqir undsoweiter fort. Andere jedoch senden uns als zufriedene Kunden

weitere Patienten, und lassen uns so wissen, dass unser Vorgehen nicht ganz erfolglos war. Was geschieht aber, wenn das, was er bei dieser ersten Begegnung erfährt, beim Patienten „einschlägt" und er die Behandlung über diese eine Konsultation hinaus aufrecht erhalten möchte und bereit ist, mehr als nur eine allwöchentliche Ration von Medikamenten von uns zu beziehen? In diesem Falle stehen wir nochmals vor vielen Problemen, von denen ich nur einige kurz erwähnen möchte.

Ausländische Gäste aus Europa und Amerika, die uns gelegentlich besuchen, um sich über unsere Arbeit zu orientieren, sind oft sehr beeindruckt von den vielen Schwierigkeiten und Hindernissen, die man selbst, wenn man bereits seit langem in einem Lande wie Indien gearbeitet hat, zu vergessen oder zu unterschätzen neigt. Wenn solche Besucher mit uns einen Fall besprechen, machen sie meist ganz hoffnungsvoll eine Reihe von Vorschlägen, wie die Lage des Patienten verändert werden könnte, welche Ziele man ihm stecken sollte und welch schöpferische Potentiale es zu verwirklichen gilt. Sie werden dann beinahe sprachlos, wenn wir ihnen erklären, wie wenig, wenn überhaupt irgend etwas, von diesen Möglichkeiten einem Menschen offen steht, der zwar den Weg zu individueller Emanzipation zu gehen bereit ist, gleichzeitig jedoch immer noch fest in traditionelle Strukturen eingefügt oder sogar eingeklemmt ist. Es stehen ihm oft nur minimale Freiheitsgrade offen, und zwar nicht nur in bezug auf die Wahl eines Heiratspartners oder ein Suchen nach anderen persönlichen Beziehungen; auch in bezug auf Schulung, höhere Bildung und Berufsausübung, vor allem natürlich in wirtschaftlicher Hinsicht, ist er von einer ganzen Menge starrer Sachzwänge eingeengt, die äusserst lähmend wirken können. Besonders für Jugendliche und junge Erwachsene ist die Situation oft von allen Seiten bedrängend. Ein junger Mensch im Westen darf eine Periode wirtschaftlicher Freiheit geniessen, in der er nicht mehr von seinen Eltern abhängig ist, andererseits jedoch noch nicht für eine eigene Familie zu sorgen hat und bereits genügend Geld verdienen und ersparen kann, um sich all seine Herzenswünsche zu gewähren, z.B. frei von jeglicher Verpflichtung in der Welt herum zu reisen. Der junge Inder und mehr noch der junge Kashmiri hingegen muss sehr oft von einer Situation der

Abhängigkeit unmittelbar in eine Lage hinüberwechseln, in der andere ihrerseits von ihm abhängig sind und das Recht haben, von ihm versorgt zu werden. Sieht man sich nur gerade die Familienbeziehungen an, so ist es in gewissen Fällen kaum übertrieben, wenn man sehr zugespitzt formuliert, ein Junge vertausche das Bett seiner Mutter unmittelbar, ohne Zwischenphase, mit dem Hochzeitslager. In wirtschaftlicher Hinsicht muss er, sobald er zu verdienen beginnt, nicht nur Darlehen, die er für seine Ausbildung bezogen hat, an Regierungsstellen oder Verwandte zurückzahlen; zusätzlich zur ganz üblichen Aufgabe, für seine Frau und Kinder und altwerdende Eltern zu sorgen, muss er möglicherweise noch eine verwitwete Schwester und verwaiste Nichten und Neffen unterstützen oder die Schulung und Ausbildung jüngerer Brüder und die Mitgift seiner Schwestern finanzieren. Die modernen Schlagworte von sozialer Beweglichkeit und beruflichen Möglichkeiten für alle sind oft mehr eine Utopie als eine Wirklichkeit!

Unter solchen Umständen muss eine Therapie oft auf ein resigniertes Annehmen der unabänderlichen Umstände und auf ein philosophisches Transzendieren der unvermeidlichen einengenden Situationen hinzielen, anstatt im Patienten den Mut zu stärken, in schöpferischer Weise das Abenteuer der Unabhängigkeit zu wagen.

Diese Einengung der Freiheit betrifft jedoch nicht nur die äussere Lebenssituation, sondern oft auch die Fähigkeit des Patienten, seinen Geist frei schweifen zu lassen. Die Patienten sind meist von Kindheit auf daran gewöhnt, in stereotyp angelernter Weise zu denken und sich nur auf ein konkretes „Hier und Jetzt" einzustellen. Sie finden es deshalb schwierig, wenn nicht unmöglich, so etwas wie „freie Assoziation" zustande zu bringen. Sie erwarten, dass der Therapeut seinerseits zu ihnen spreche, ihnen Anweisungen gebe und ihnen sage, was sie zu tun hätten. Dem Schweigen überlassen zu werden, wenn möglich noch auf der Couch liegend, ist eine Situation, die selten bedeutungsvoll ist und oft sogar Panik hervorruft.

Gruppenmethoden andererseits scheitern oft am östlichen Mangel an Zeitbewusstsein, welcher das regelmässige und pünktliche Zusammentreffen einer Gruppe von ambulanten Patienten fast unmöglich macht.

Man mag einwenden, dass das, was ich berichtet habe, enttäuschend einfach, ja sogar lächerlich banal klingt. Dies stimmt zweifellos. Die Frage ist jedoch, ob man in autistischer Weise nur sein eigenes Bedürfnis, modern und über die allerletzten raffinierten Theorien und Techniken des Westens orientiert zu sein, befriedigen will, oder ob man in aller Bescheidenheit, im Geiste echt menschlicher Sorge, dazu bereit ist, dem Mitmenschen, und im besonderen dem Patienten, jeweils in derjenigen Art zu begegnen, die für ihn verständlich und bedeutungsvoll sein kann.

Kommt also eine langdauernde Psychotherapie im westlichen Sinne nur selten in Frage, so ist es dennoch möglich und erstrebenswert, auch unter diesen wenig gebildeten, sich erst gerade aus einer einengenden Tradition befreienden Menschen eine psychotherapeutische Haltung einzunehmen. Man wird sich bemühen, die Würde des Individuums zu achten, den Menschen als Ganzen in seiner Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft zu sehen und zu versuchen, ihm die hoffnungsvollen und schöpferischen Aspekte auch von Angst und Leiden nahe zu bringen.

Ein Kapitel 'Sex'

Wer gehofft hatte, das vorangehende Kapitel werde sensationelle Enthüllungen über die sexuellen Erlebnisse und Phantasien der Patienten bringen, wie man sich dies ja gemäss Freudschen Theorien vorstellen könnte, ist sicher enttäuscht worden. Es war zwar darin von allerhand Situationen die Rede, die etwas mit dem Geschlechtsleben zu tun haben: von Verlobung, Heirat, Geburten und Familienplanung. Betont wurden jedoch immer die sozialen Begleiterscheinungen und Folgen und nicht die biologischen Vorgänge mit ihrer erotischen Färbung. Um den Ansprüchen einer modernen westlichen Leserschaft zu genügen, sollte wohl in dieser Beziehung noch etwas mehr geboten werden.

Dass im Westen heutzutage ein literarisches Produkt oder ein Film nur

dann noch „zieht“, wenn auch eine gehörige Dosis Sex hinein gemischt ist, hatte ich bereits in den Siebzigerjahren während meiner Europa-Urlaube gemerkt. Noch eindrücklicher jedoch wurde mir diese Tatsache zum Bewusstsein gebracht durch jenen bereits einmal erwähnten Journalisten, der sich in so drastischer Weise über meine finanzielle Situation geäussert hatte. Als ich rein zufällig - nicht etwa durch Zusendung eines Beleg-Exemplares! - den Bericht zu sehen bekam, den er auf Grund seines Interviews mit mir in einer Zeitschrift veröffentlicht hatte, war ich sehr entsetzt, neben vielen anderen Ungereimtheiten darin folgenden Satz zu finden: „Die meisten Patienten sind jedoch Frauen, die entweder von Vätern oder Brüdern vergewaltigt worden sind oder am Rande der Schizophrenie stehen.“

Dazu ist zu sagen, dass erstens die Patienten, die wir in unserem Spital aufnahmen - und diese sind natürlich gemeint - nicht bloss „am Rande der Schizophrenie“ standen, sondern richtig mitten drin, denn sonst wären sie wohl kaum zu uns gekommen. Ausserdem waren „die meisten Patienten“ im Spital nicht Frauen; ihr Anteil am Patientenbestand betrug sogar nur ungefähr 25 %! Drittens aber muss ich vor allem eine weitere in diesem Satz enthaltene ganz monströse Behauptung berichtigen. Ich tat dies auch schon damals in einem entrüsteten Brief an die Redaktion der betreffenden Zeitschrift und erlaube mir, daraus zu zitieren: „... So viel ich mich erinnere, fragte mich damals der Reporter, ob wir auch Fälle von sexuellen Perversionen oder Opfer von Sexualverbrechen zu sehen bekämen. Als Antwort auf solche Fragen erkläre ich dann meist, es sei unter der herrschenden Sozialordnung in Kashmir noch recht selten, dass eine Frau ausserhalb des eigenen Heims verführt werden könne oder sogar ihrerseits Männer verlocke, einfach weil der Aufenthaltsbereich der Frau fast ganz auf die eigene Familie beschränkt ist und junge Leute noch sehr früh, von den Eltern arrangiert, einem Ehepartner zugeführt werden. Man ahnt jedoch manchmal, was einem natürlich nur andeutungsweise oder höchstens als weit zurück liegendes Ereignis der Vergangenheit berichtet wird, dass sich gelegentlich innerhalb der traditionellen Grossfamilie kleine Familiendramen und Intrigen abspielen. Von „Vergewaltigung“ etwas zu hören, habe ich jedoch noch nie Gelegenheit

gehabt.“ - Wieder einmal ein Beispiel dafür, wie wenig gewissen Medienberichten zu trauen ist, und wie sehr im Bestreben, prickelnde Sensationen zu bieten, die Wahrheit verdreht werden kann!

Es ist nun tatsächlich so, dass innerhalb der intimen Sphäre einer Familie, vor allem bei den Muslims, allerhand passieren kann. Dazu tragen besonders auch die Wohnverhältnisse und Schlafgewohnheiten bei. In den meisten traditionellen Häusern in Kashmir gibt es keine Betten und auch sonst kaum Möbel. Nachts werden auf dem Boden eines gemeinsamen Raumes Matratzen oder Schilfmatten ausgebreitet. Tagsüber werden sie zusammen mit den Kissen und den Woll- und Steppdecken in einer Wandnische versorgt, so dass dann das Zimmer für andere Zwecke benützt werden kann. Auf diesen oft für eine ganze Sippschaft gemeinsamen Lagerstätten braucht nicht unbedingt jeder seinen angestammten, permanenten Platz zu haben. Man hört besonders von Kindern, dass sie sich nach Belieben neben irgendeinen Erwachsenen oder ein älteres Kind ihrer Wahl legen. Manchmal ist es jedoch bei den Mohammedanern noch so, dass Männer und Frauen - die letzteren zusammen mit den kleinen Kindern - in getrennten Räumen schlafen. Der Ehepartner muss sich dann, um mit seiner Frau nachts zusammen zu kommen, in das Frauengemach einschleichen und möglichst still sein Begehren erfüllen. Dass es dabei, aus Versehen oder auch absichtlich, zu „falschen Verbindungen“ kommen kann, überrascht einen kaum. Ausserdem ist natürlich klar - obwohl die Erwachsenen dies nie wahr haben wollen! - dass unter solchen Umständen die Kinder keiner besonderen Aufklärung bedürfen. Schon sehr früh erwerben sie sich durch Beobachten nächtlicher Vorgänge das nötige Wissen und stellen vielleicht auch ihrerseits untereinander Experimente an.

Offenbar war den vormaligen britischen Herrschern Indiens recht gut bekannt, dass man mit derartigen Möglichkeiten zu rechnen hatte. Es mag einen überraschen, dass im indischen „Penal Code“, also im Strafgesetz, das aus der Zeit der Briten stammt, für Inzest keine Strafandrohungen zu finden sind. Einige der kräftigsten Schimpfwörter, die in Indien sehr häufig gebraucht werden und gelegentlich den so Bescholtenen zu Gewalttaten reizen können, beziehen sich zwar auf inzestuöse Verhältnisse. Alles aber, was sich innerhalb

einer Familie abspielt, vorausgesetzt der Partner verhalte sich willig oder mindestens gefügig und schweigsam, wird vom Gesetz nicht berührt. Man wusste wohl nur allzu gut, dass derartige Tatbestände nie zu einer Anklage in aller Öffentlichkeit führen würden oder, falls dies unter besonderen Umständen doch einmal geschehen sollte, niemand zu Zeugenaussagen bereit wäre. Eher würde vielleicht einmal, wie man dies auch heute noch gelegentlich hört, ein Familienoberhaupt das Recht und das Gewehr selbst in die Hand nehmen und einer Beziehung, welche der Familie Schande bringen könnte, ein Ende setzen.

Wie bereits erwähnt, machten unsere Patienten gelegentlich im Verlauf einer Psychotherapie Geständnisse über sexuelle Annäherung an oder durch Familienangehörige, die aber dann meist eine Sache der weit zurück liegenden Vergangenheit waren. Vermuten liess sich manchmal, dass bei hospitalisierten Patienten, deren Angehörige besonders wenig geneigt waren, sie wieder in die Familie zurück zu nehmen, ein inzestuöses Geschehen eine Rolle gespielt hatte. Näheres darüber erfahren konnte man jedoch nur ganz selten. Auf keinen Fall konnte man daraus schliessen, wie dies offenbar der genannte Reporter zu tun versuchte, dass derartige Vorkommnisse bei ihren Opfern psychische Störungen verursacht hatten. Es war im Gegenteil viel plausibler anzunehmen, dass in einer bereits bestehenden geistigen Verwirrung der Betreffende - meist waren es Männer - die Grenzen des allgemein Üblichen und stillschweigend Tolerierten überschritten hatte.

In diesem Zusammenhang ist nochmals darauf hinzuweisen, dass unter den Mohammedanern eheliche Verbindungen zwischen Vettern und Basen ersten Grades nicht nur geduldet, sondern oft sogar bevorzugt werden. Unter den Hindus gibt es im Süden gewisse Gruppen, in denen Heirat zwischen Onkel und Nichte üblich ist. Sonst jedoch bestehen bei ihnen, besonders im Norden, sehr strenge Schranken gegen Verwandtenheirat. Es muss meist nachgewiesen werden, dass bis auf sieben Generationen zurück zwischen den Familien zweier Heiratskandidaten keine verwandtschaftlichen Beziehungen bestanden haben. Damit wird dann natürlich bei den Hindus auch die Inzestschranke viel strenger gehandhabt.

Man wird fragen, ob denn keine unliebsamen Zwischenfälle sexueller Art

innerhalb des Spitals vorgekommen seien. Ich habe bereits erwähnt, dass zwischen männlichen und weiblichen Patienten trotz den tagsüber ganz ungenügenden Abschrankungen, abgesehen von gelegentlichem neckischem Geplänkel, eigentlich nie etwas passierte. Hingegen war anzunehmen - gelegentlich hatte man auch Beweise dafür -, dass nachts in den Krankensälen zwischen Patienten gleichen Geschlechtes „unter der Decke" oder „im Stroh" allerlei vor sich gingEinen Skandal gab es in den fast 10 Jahren nur einmal: Eine junge weibliche Patientin, die sich vor ihrer Einweisung in unmissverständlicher Weise auf der Strasse herumgetrieben hatte, wurde von zwei jungen Angestellten während des Nachtdienstes - vielleicht sogar unter Mithilfe oder mindestens stillschweigendem Gewährenlassen durch die Aufseherinnen? - aus dem Frauensaal gelockt. Die gemeinsamen Vergnügungen fanden dann, sehr romantischerweise, in dem kleinen Verschlag statt, welcher für das Schlachten der Schafe bestimmt war. Von einer „Vergewaltigung" konnte man dabei nicht reden, da sich die betreffende Patientin nur allzu bereitwillig zu diesem nächtlichen Stelldichein hatte verleiten lassen. Auch bei dieser Gelegenheit gelang es mir trotz hartnäckigem Insistieren nicht, die daran beteiligten Angestellten zu einem Geständnis der recht offensichtlichen Tatsachen zu bringen. Die höheren Behörden nahmen kaum Notiz von der Sache, und ich hatte Mühe, wenigstens die Versetzung der beiden Missetäter in ein anderes Spital zu erreichen.

In viel allgemeinerer Weise ist jedoch die Frage berechtigt, ob zwischen Geschlechtsleben und psychischer Erkrankung bei unseren Patienten irgendwelche Zusammenhänge bestanden. Dies ist natürlich zu bejahen. Man denke nur an die katastrophalen Folgen, welche allzu strenge Warnungen und Verbote gegen Selbstbefriedigung haben können! Noch zu Beginn dieses Jahrhunderts war dies in Europa ja kaum anders. In Indien wird auch heute noch in Kreisen, die von westlichen Einflüssen wenig berührt sind, besonders bei den Hindus, den Knaben eingeschärft, dass zur Produktion eines Tropfens Samenflüssigkeit 80 Tropfen Blut nötig seien oder dass man mit einem einzigen selbst hervorgerufenen Samenerguss alle Kraft vergeude, welche durch die Nahrungseinnahme während drei Tagen erzeugt worden sei. Ich habe junge

Burschen gesehen, welche, durch derartige Warnungen eingeschüchtert und erschreckt, sich kaum mehr das Essen gönnten und bedenklich von Kräften gekommen waren. Als schlimme Folgen solch übler Gewohnheiten hatte man allgemeinen Kräftezerfall, besonders aber Nachlassen der geistigen Regsamkeit und der Konzentration zu befürchten.

„Mangel an Konzentrationsfähigkeit" ist denn auch eines der häufigsten Probleme, welche Schüler und Studenten dem Psychiater oder dem Schulpsychologen, falls es einen solchen gibt, vorlegen. Meist ist es dann nicht nur das „Gehirn" (auf Urdu wird für „Gehirn" und „Geist" oder „Intelligenz" dasselbe Wort gebraucht), das nicht mehr „dicht hält", sondern „es rinnt" auch anderswo etwas heraus, über das man nicht genügend Beherrschung hat. Es handelt sich also um das, was ich ein „leakage syndrome" nenne, eine allgemeine Unfähigkeit, das Eigene zusammenzuhalten und für die richtige Gelegenheit aufzusparen.

Die Bedrängnis, in welche junge Leute in dieser Situation geraten, kann recht peinlich sein. Ausser in den emanzipierten Kreisen der grossen Städte gibt es ja heutzutage für Jugendliche noch kaum anerkannte oder mindestens geduldete Möglichkeiten, um sich in ungezwungener Weise kennen zu lernen und vielleicht auch ein wenig zu „flirten". Früher half man dieser Not ab - oder man liess sie vielmehr gar nicht erst aufkommen -, indem man die jungen Leute schon in sehr frühem Alter, wenn die sexuellen Bedürfnisse noch kaum drängten, verheiratete, so dass das aufkeimende sexuelle Interesse gleich an einem rechtmässigen Partner seine Betätigung finden konnte. Ausserdem waren damals die Geschlechter, besonders in jungen Jahren, recht streng vor Berührung oder sogar vor gegenseitigem Anblick geschützt, so dass die Versuchung nur gering war.

In der heutigen offeneren Gesellschaftsordnung jedoch drängen sich einerseits nicht nur in Form verführerischer Bekleidungsmoden, sondern auch in Kino, Fernsehen, Werbung, illustrierten Zeitschriften vorher streng verbotene Reize offen auf, während andererseits die Tendenz besteht, das Heiratsalter zu erhöhen und damit die legitime Erfüllung der so angeregten Begierden beträchtlich hinauszuschieben. Unter solchen Umständen ist

anzunehmen, dass es auch vermehrt zu perversen Gewohnheiten kommen wird als dies bisher der Fall war.

In Konflikte kann jedoch, vor allem unter den Mohammedanern, ein Jüngling nicht nur deshalb geraten, weil ihm sexuelle Enthaltsamkeit schwer fällt, sondern paradoxerweise auch dadurch, dass ihm eine Gelegenheit zu erlaubter geschlechtlicher Tätigkeit eröffnet wird. Auch heute noch wird nämlich die Heirat meist von den Eltern arrangiert. In emanzipierten Kreisen, wo auch bereits sogenannte „Liebesheiraten" relativ häufig sind, mag es so sein, dass man den jungen Ehekandidaten Gelegenheit gibt, die elterliche Wahl auf Grund persönlicher Besichtigung zu genehmigen oder zu verwerfen. Auch während der Verlobungszeit dürfen sie einander treffen und so allmählich eine gewisse gegenseitige Vertrautheit und vielleicht sogar Verliebtheit aufbauen. Vielfach jedoch stehen sich in der Hochzeitsnacht zwei einander noch völlig Unbekannte erstmals allein gegenüber. Bei den Mohammedanern in Kashmir, und wohl auch anderswo, herrscht darüber hinaus noch der Brauch, dass nach der Hochzeit die Braut vorerst nur sieben Nächte mit dem jungen Ehemann zusammen bleiben darf. Während dieser Zeit muss der letztere seine Männlichkeit unter Beweis stellen, was durch die älteren Frauen in der Familie kontrolliert wird. Bestehen Zweifel über seine Tauglichkeit, so wird unter Umständen sofort die Scheidung veranlasst.

In früheren Zeiten, als sich ein zumeist noch unbefangener Junge, dem eben erst der Bart zu spriessen begann, in einer derartigen Lage befand, genügten wohl, um das glatte Funktionieren einigermassen zu garantieren, die natürlichen Triebe und das Wissen darum, dass diese nun nicht nur entladen werden durften, sondern im Interesse der Familie sogar betätigt werden mussten. Die heutigen jungen Leute sind jedoch komplizierter. Während Jahren sexueller Entbehrung haben sich nicht nur in der Phantasie allerlei Vorstellungen gebildet, sondern auch Schuldgefühle wegen verbotener Praktiken angehäuft. Ausserdem gibt es, besonders unter der gebildeten Jugend, nachgerade differenzierte junge Menschen, für die eine geschlechtliche Beziehung nicht mehr nur ein rein triebhaftes, animalisches Geschehen ist, sondern etwas, das in eine viel umfassendere menschliche Beziehung

eingebaut werden sollte. Wie könnte man dann also dieses fast öffentliche Examen mit einem ganz unbekannten weiblichen Wesen innert festgesetzter Frist zu bestehen hoffen?

Junge Heiratskandidaten dieser Art, besonders Studenten, suchten uns oft in grosser Verzweiflung, hie und da sogar mit Selbstmorddrohungen, auf. Als Erstes erklärte ich ihnen jeweils zur Beruhigung und Ermutigung, ihre Angst vor dieser so bedrohlichen Situation bedeute für mich nur, dass der Betreffende nicht mehr einfach ein triebhaftes, ja fast tierisches Wesen sei, sondern ein verfeinerter, denkender Mensch, dem es um eine differenziertere Liebesbeziehung gehe. Und dafür gebühre ihm alle Achtung. Vom Gebrauch von Hormonen und erotischen Reizmitteln riet ich ab. Auch dem Vorschlag, ob es vielleicht helfen würde, die eigene bezweifelte Potenz erst einmal im Verkehr mit einer Prostituierten auszuprobieren, stimmte ich nicht bei, mit der Begründung, dass das kaum helfen, sondern unter Umständen eher schaden würde.

Die Tatsache, dass diese jungen Menschen nicht mehr einfach unbefangen und rein triebhaft in die Situation einer Hochzeitsnacht mit einer Unbekannten hinein gehen können, heisst ja, dass für ihr Funktionieren vermutlich die verschiedensten Umstände und Aspekte der Lage massgebend sind. Vor allem jedoch bedeutet es, dass bei ihnen die Sexualität nicht mehr einfach auf Befehl der Eltern, sozusagen in den Dienst der Familie eingespannt werden kann, sondern zu einem Ausdrucks- und Kommunikationsmittel einer differenzierten Persönlichkeit geworden ist. Könnte also ein solcher Junge im Umgang mit einer Prostituierten seine Potenz unter Beweis stellen, so würde dies noch gar nichts darüber aussagen, wie er dann in jener anderen, ihm von den Eltern aufgezwungenen Situation reagieren würde. Andererseits würde ein Versagen bei einer solchen „Vorprobe" nur noch die bereits bestehenden Ängste und Zweifel erhöhen und damit das Risiko eines „Durchfallens" im eigentlichen Examen der Brautnacht noch vermehren. Ein allgemein gültiges Rezept, um diesen jungen Leuten durch die kritische Situation hindurch zu helfen, gibt es kaum. Man muss immer wieder versuchen, bei jedem Einzelnen dort anzusetzen, wo er am ehesten zugänglich ist und natürlich auch die

äusserlichen Gegebenheiten gebührend in Betracht ziehen.

Erfuhr ich zum Beispiel bei der Exploration, dass der betreffende Jüngling die Möglichkeit hatte, seine Braut auch nur verstohlenerweise zu sehen, so riet ich jeweils, er solle mit ihr - vorausgesetzt, dass auch sie einigermassen gebildet und differenziert sei - zu einer Vereinbarung gelangen: Nach der Hochzeitsnacht, unter Abwehr aller Schnüffelei von Seiten der älteren Frauen, solle einfach kategorisch ein gemeinsames „Bulletin" heraus gegeben werden, gemäss welchem „alles in Ordnung" sei. Unter dem Schutze dieser Konzession an die Öffentlichkeit sollten sie sich dann Zeit nehmen, einander allmählich näher zu kommen und den richtigen Zeitpunkt für die völlige Vereinung selbst zu finden. Oft wirkte schon dieser Vorschlag an sich so erleichternd, dass der junge Mann dann seiner „Prüfung" mit grösserem Mute entgegen gehen konnte.

Meist waren auch die betreffenden Partnerinnen dankbar dafür, dass sie so Gelegenheit bekamen, sich langsam in diese neue Lebensphase hinein zu finden und nicht gleich von einem beinahe Unbekannten überfallen wurden.

Vieles, was einem heutzutage - im letzten Jahrhundert war es ja auch in Europa kaum anders! - an den noch weithin gültigen Heiratsbräuchen in Indien unverständlich oder sogar anstössig erscheint, hat wohl seinen Ursprung in einer Anschauung, die schon in den ältesten Schriften zu finden ist und die sich seither hartnäckig weiter überliefert hat. Die Frauen werden ganz allgemein als sehr verführerische, lüsterne, von Begierden getriebene Wesen angesehen, ständig darauf aus, den Männern auch den letzten Tropfen an Kraft auszusaugen. Nun, es mag vielleicht solche Sirenen gegeben haben und auch heute noch - oder erst recht heute! - geben. Was ich jedoch unter meinen Patientinnen beobachten konnte, war meist gerade das Gegenteil, nämlich Frauen, die unreif und unwissend in sehr frühem Alter verheiratet worden waren und die vorerst einmal auf die Erfahrungen einer Hochzeitsnacht mit Abscheu reagierten. Sofort bekamen sie dann die Folgen der ehelichen Verbindung in Form einer kaum je abreissenden Kette von Schwangerschaften, Aborten, Geburten und Stillperioden zu spüren. Somit waren sie überhaupt nie dazu gelangt, etwas Beglückendes im Zusammensein mit dem Ehemann zu

empfinden. Machten wir solche Frauen, wenn sie schliesslich depressiv und erschöpft zu uns gebracht wurden, auf die Möglichkeit der Familienplanung aufmerksam, so stimmten sie sofort bei, dass etwas getan werden sollte, um dem übermässigen Kindersegen ein Ende zu setzen. „Aber“, so fügten sie dann bei, „dafür würde es doch genügen, dass man einfach diese dreckige Sache weglässt!“ Sicher ein eindeutiges Zeichen dafür, dass, wenigstens in solchen Fällen, es nicht die unersättliche weibliche Begierde, sondern die männliche Lust ist, welche das Paar zusammenbringt!

Gelegentlich ist es sogar so, dass keiner der beiden Ehegatten eigentlich ein Begehren verspürt und jedes nur aus Pflichtgefühl sich dem andern hingibt. Beide nehmen an, der Partner habe seine dringenden Bedürfnisse, die er oder sie, wäre man nicht zu Willen, vielleicht anderswo befriedigen würde. Da viele indische Ehepaare einander so wenig nahe stehen, dass sie sich nie gegenseitig über ihre Gefühle, Wünsche und Reaktionen aussprechen, bestehen derartige Annahmen unbefragt und unbezweifelt weiter und verursachen natürlich auf beiden Seiten ärgerliche Ressentiments.

Man vermutet, diese falsche Ansicht des indischen Mannes über die sexuelle Unersättlichkeit der Frauen hänge damit zusammen, dass ganz anerkanntermassen für den Mann eigentlich zeitlebens die Mutter die wichtigste und ihm am nächsten verbundene Frau bleibt und er meist die Ehepartnerin erst dann zu schätzen beginnt und mit ihr etwas vertrauter wird, wenn er sie selbst ebenfalls in der Rolle einer Mutter sehen kann.

Auch in manch anderer Hinsicht war bisher der im Westen so viel zitierte „Ödipuskomplex“ in Indien entweder etwas, das gar nicht in dieser Weise konstelliert war, oder dessen erfolgreiche Überwindung mindestens kaum angestrebt wurde.

Hat man die vorangehenden Seiten aufmerksam gelesen, so mag man mir den Vorwurf machen, es seien gegensätzliche Behauptungen aufgestellt worden. Wie kann es zum Beispiel sein, so könnte man fragen, dass einerseits bei den beschriebenen Schlafanordnungen die Kinder so früh Gelegenheit haben, das nächtliche Treiben der Erwachsenen zu beobachten und dann trotzdem die noch so jung in die Ehe tretenden Mädchen als „unwissend“

bezeichnet werden? Nun, wie bereits erwähnt, können die Sitten und Lebensgewohnheiten, ja sogar die Familienformen, in verschiedenen sozialen Gruppen sehr variieren: erstens einmal gemäss der Region und der Religionszugehörigkeit, innerhalb derselben wieder in allerlei Untergruppen und innerhalb dieser letzteren nochmals gemäss dem Grad der Modernisierung. So lange in einer Familie alles noch im gleichen, althergebrachten Rahmen bleibt und durch kluge Auswahl dafür gesorgt wird, dass auch die neu darin aufzunehmenden Glieder - also Ehepartner - sich glatt einfügen, mag alles gut gehen. Wenn jedoch ein neuer Lebensstil Einzug hält und die Werte sich vermischen oder gar verwirren, ist plötzlich alles möglich. Jüngere Leute und Männer folgen natürlich den neuen Strömungen rascher als die ältere Generation und die Frauen. Es gibt dann Menschen, die es geschickt verstehen, das Beste von beiden Welten, der alten und der neuen, an sich zu raffen und so, wenigstens äusserlich, zu gedeihen. Andere, und zwar besonders oft die Frauen, bekommen von der alten Tradition nur noch die Pflichten, aber nicht mehr die früher damit verbundene Sicherheit zu spüren. Die neue Ordnung andererseits bringt für sie oft nur vermehrte Verantwortung, ohne sie an den dazugehörigen Freiheiten teilhaben zu lassen.

Man mag vielleicht noch fragen, wie es denn mit den Krankheitsbildern stehe, welche bei jungen Mädchen auf eine Ablehnung der weiblichen Rolle schliessen lassen, also vor allem die „Anorexia mentalis", die Pubertätsmagersucht. Diese Störung, die bei Mädchen kurz nach Beginn der Pubertät beginnt und in einer absoluten Appetitlosigkeit und Nahrungsverweigerung bis zur extremsten Abmagerung und gleichzeitigem Aussetzen der Menstruation, jedoch bei andauernder geistiger Regsamkeit besteht, wurde bisher in Indien kaum beobachtet. Ich selbst habe in über 30 Jahren psychiatrischer Tätigkeit in Indien nur einen einzigen Fall gesehen, der wirklich diese Diagnose verdiente. Heutzutage jedoch beginnen sich derartige Erscheinungen in den emanzipierten Kreisen der grossen Städte auch zu manifestieren. Gemäss einer westlichen Theorie handelt es sich dabei um eine tiefsitzende Abneigung des Mädchens gegen sein weibliches Geschlecht, eine Rebellion dagegen, in einen weiblich gerundeten Körper und seine

Reproduktionsfunktionen hineinwachsen zu müssen. Man könnte dann wohl annehmen, dass in Anbetracht des oft recht traurigen Loses der Frau in Indien solche Reaktionen gerade da am Platze wären. Zur Erklärung, warum dem nicht so ist, muss man wohl wieder darauf hinweisen, dass man in den unteren sozialen Schichten, wo ja die Aussichten der Frauen besonders trübe sind, das Leben in sehr unreflektierter Weise einfach hinnimmt und sich kaum über seine eigene Rolle darin besinnt und Rechenschaft ablegt. Ausserdem hatten und haben die Frauen, verglichen mit den Männern, weniger Verantwortung zu tragen und können immer mit einer einigermassen geschützten Stellung innerhalb der Familie rechnen. Vor allem jedoch liegt die Stärke einer Frau gerade darin, dass sie Mutter werden kann und als solche respektiert und verehrt wird.

Vielleicht hängt es damit zusammen, dass man, wenigstens im einigermassen traditionellen Milieu, eigentlich selten Mädchen oder Frauen trifft, die offen erklären, sie hätten es vorgezogen, als männliche Wesen geboren zu werden. Andererseits gestehen junge Burschen einem gelegentlich vertraulich, sie wären im Grund genommen lieber Mädchen, da von ihnen dann weniger Verantwortung erwartet würde und sie sich geschützt im Hintergrund halten könnten.

Noch eine weitere Frage, die mir oft von jungen Leuten im Westen gestellt wird: Ob ich selber als Frau bei meiner Arbeit in Indien keinen besonderen Schwierigkeiten begegnet sei? Das kann man natürlich auf mindestens zwei Arten verstehen: Erstens kann es heissen, ob ich mich überall frei bewegen konnte, ohne zu riskieren, von Männern belästigt oder gar überfallen zu werden. Zweitens kann das Interesse den Hindernissen gelten, welche einer Frau in ihrem beruflichen Aufstieg in den Weg gelegt werden mögen.

Was die erste Variante anbetrifft, so muss ich sagen, dass westliche Touristen mit ihrer oft schamlosen Bekleidung und ihrem ungehemmten Benehmen, ausserdem aber natürlich auch westliche Filme, tatsächlich bei vielen Indern ein Bild der ausländischen Frau geschaffen haben, das kaum mehr Respekt und Zurückhaltung verdient. Es gibt Inder, die meinen, einer

„weissen" Frau gegenüber sei nicht nur alles erlaubt, sondern sogar ihrerseits durchaus willkommen. In dieser Beziehung muss man eben hie und da energisch Grenzen setzen und durch sein eigenes Benehmen die nötige Achtung schaffen.Die Erfahrung hat mich allmählich gelehrt, dass es im Zusammensein mit indischen Männern und noch mehr natürlich, wenn man durch gewisse Umstände, z.B. auf einer Reise, mit einem Mann allein gelassen wird, am besten ist, möglichst rasch eine allgemein-menschliche Beziehung anzubahnen. Der Betreffende fühlt sich dann in seiner Rolle als Ehemann und Vater oder mindestens als Sohn oder Bruder angesprochen, und auch die Ausländerin wird als einer Familie zugehörig erlebt. Während man im Westen eine intime Annäherung wohl eher riskieren würde, wenn man sich mit einem Unbekannten erst einmal in ein Gespräch eingelassen hat, ist es in Indien offenbar so, dass gerade eine völlige Anonymität und Beziehungslosigkeit am ehesten zu einem - dann natürlich ganz einseitigen - sexuellen Übergriff verlockt. Es gibt also so etwas wie eine „Inzestschranke", die man in jeder Situation dadurch einführen kann, dass man einem Gefährten des anderen Geschlechtes eine dem Alter entsprechende Familienbezeichnung verleiht; so kann eine gewisse Würde und Distanz am ehesten gewahrt werden.

Was die berufliche Stellung anbelangt, so hatte ich eigentlich kaum je den Eindruck, als Frau irgendwie benachteiligt zu sein. Die Schwierigkeiten, die ich hatte und über die ich teilweise berichtet habe, galten eher meiner Stellung als Ausländerin und nicht, auf jeden Fall nicht in erster Linie, meinem Geschlecht.

Es werden in dieser Beziehung natürlich wiederum sehr verschiedene Massstäbe angelegt: In den höchsten Schichten, besonders in der akademischen Sphäre, haben die Frauen zum Teil sogar grössere Möglichkeiten als in manchem westlichen Lande. Man denke nur an Ministerpräsidentin Indira Gandhi.

Vor allem auf dem Gebiete der modernen Medizin war das weibliche Geschlecht eigentlich von Anfang an unentbehrlich, da ja die früher noch in „purdah", also hinter Mauern, Vorhängen und Schleiern lebenden Frauen nicht von männlichen Ärzten gesehen und betastet werden durften. Auch heute noch

liegen Gynäkologie und Geburtshilfe fast ausschliesslich in den Händen von Frauen. Jedoch auch in anderen Zweigen der Medizin findet man Frauen bis in die höchsten akademischen, klinischen und administrativen Stellen hinauf, ja sogar bis zu den Spitzen der Forschung. Andererseits geniessen auch die Frauen der untersten Schichten eine gewisse „Freiheit", insofern als nichts sie daran hindert, dieselbe Arbeit zu verrichten wie ihre Männer, also z.B. in der Landwirtschaft, als Bauhandlanger, in gewissen Handwerken und in den Beschäftigungen der niedrigsten Kasten, denen die Reinigung von Strassen und Gebäuden, vor allem auch der Toiletten, obliegt. Es sind also die mittleren gesellschaftlichen Schichten, in denen wohl die Frauen noch am meisten eingeengt sind. Es fehlt vor allem an Möglichkeiten für Mädchen, die nur eine Primar- oder Mittelschule besucht haben, einen für sie zugänglichen und gleichzeitig geachteten Beruf zu finden. In Kashmir jedoch bringen es viele Mädchen nicht einmal so weit, da sie entweder noch gar nicht oder nur wenige Jahre zur Schule gehen dürfen und dann einfach untätig auf die Heirat warten müssen. Diejenigen, welche das Glück haben, eine höhere Schule besuchen zu dürfen, bestehen oft darauf, so lange als möglich weiter zu studieren, da sie sich dadurch vor einer allzu frühen Verehelichung zu schützen hoffen. Wenn dies dann nicht mehr zu vermeiden ist, so sind wenigstens die Chancen auf dem Heiratsmarkt durch eine gute Schulbildung verbessert. Sind solche Studentinnen jedoch nicht intelligent oder fleissig genug, um diese Möglichkeit der Bildung wirklich lohnend auszunützen, so bleibt oft als Alternative, um sich vor der Ehe zu retten, nur noch die „Flucht in die Krankheit".

Die Frage, die mir häufig von Indern, auch in Kashmir, gestellt wurde und zwar meist im Ton grosser Neugier und Verwunderung, nachdem man erfahren hat, dass ich nicht verheiratet bin und meinen Haushalt allein führe, lautet: „Wie ist es denn möglich, dass eine Frau so allein durch das Leben kommt?" Damit will man nicht nur dem Zweifel Ausdruck geben, ob eine Frau sich ganz allgemein - wirtschaftlich, beruflich, sozial - ohne männlichen Beschützer im Kampf ums Dasein durchsetzen könne, sondern man will vor allem auch auf die emotionellen Schwierigkeiten des Alleinseins hinweisen. Angst vor dem Alleinsein, Angst vor der Dunkelheit und Angst vor dem Tod gehören ja zu den

häufigst angegebenen Situationen, in denen ursprünglich frei flottierende Angst sich bei Neurotikern auf etwas, allerdings noch recht Unbestimmtes, festlegt. Meist jedoch, besonders wenn die Frage von Männern gestellt wird, spürt man darin noch recht unverhohlen die bereits erwähnte Auffassung, jedes weibliche Wesen sei dermassen von sexuellen Begierden besessen, dass man sich eine Lebensweise, welche diesem Bedürfnis in keiner Weise Rechnung trägt, einfach nicht vorstellen kann. Gemäss alt-indischen Anschauungen, die auch heute noch vielfach unbestritten bleiben, gehört eine Frau ihr ganzes Leben lang unter die Obhut eines Mannes: zuerst ihres Vaters, dann ihres Ehemannes, möglicherweise eines Bruders, und zuletzt, im Alter, ihres Sohnes. Die Tatsache, dass sich eine Frau aus allen derartigen Abhängigkeitsverhältnissen heraus emanzipiert hat, lässt wohl meistens vermuten, dass da irgendwelche besonderen Kräfte im Spiele seien.

Das Opfer

Häufig wurde mir die Frage gestellt: „Welches waren nun Ihre interessantesten Fälle?‟ Da lockte es mich immer, zurück zu fragen: „Interessant in welcher Hinsicht? Rein wissenschaftlich oder menschlich?‟ Sieht man den Kranken nicht einfach als „Fall‟ an, also nur als den Träger einer psychischen Entgleisung oder das Opfer einer Stoffwechselpanne, dem man eine passende diagnostische Etikette anhängen und das dazu gehörige Medikament verschreiben sollte, so ist eigentlich jeder Patient interessant. Jeder, sei er auch noch so undifferenziert, vielleicht sogar so verstummt, dass er nichts über sich erzählen kann, ist ein einzigartiges menschliches Wesen. Nicht nur sein besonderes Erbgut und die Art, wie er als Kind aufgezogen und erzogen worden ist, sondern seine ganze Umgebung, die Zeit, in die hinein er geboren wurde, haben ihn zu dem gemacht, der nun vor uns steht und nach Hilfe verlangt.

Doch gibt es auch in dieser Hinsicht immer wieder Situationen und Schicksale, die einem besonders eindrücklich sind und an die man sich

jahrelang genau erinnert. Der folgende „seltene Fall" eines mehrfachen „induzierten Irreseins" in einer Kashmiri Bauernfamilie ist von beträchtlichem wissenschaftlichem Interesse. Ich hätte mir wohl mit einem knapp und sachlich gehaltenen Artikel, unter Beiziehung aller einschlägigen Literatur über dieses Gebiet, einige Beachtung verdienen können. Es gelang mir jedoch nicht, das so packende menschliche Geschehen in dieser Familie und mein reiches, durch eigene Anschauung gewonnenes Wissen über ihre nähere Umgebung und ihre Lebensart zu einem so trockenen und unanschaulichen Produkt zu kondensieren, wie es die „Wissenschaftlichkeit" verlangt hätte. Ich ziehe es vor, auf Grund der ausführlichen Notizen, die ich mir damals darüber zusammengestellt hatte, mehr in Form einer „Geschichte" darüber zu berichten. Manches darin mag etwas langfädig erscheinen. Ich kann jedoch auf diese Weise an einem eindrücklichen Beispiel illustrieren, wie mühsam es oft ist, von derartigen Patienten brauchbare Auskunft zu erhalten.

* * *

An einem regnerischen Abend im Mai 1975 wurde ich aus meiner Wohnung gerufen, um mich im Spital eines Notfalles anzunehmen. Vor dem Eingangstor wartete ein Polizist und oben auf der Strasse stand ein Mini-Bus. Die Nachtwachen erzählten mir im Tone ungewöhnlicher, erregter Wichtigkeit, dass gleich vier Mitglieder einer Familie miteinander - alle „verrückt" - aus einem kleinen Dorf in ungefähr 50 km Entfernung gebracht worden seien. Mein anfänglicher Unmut über die Ruhestörung wich bald regem Interesse. Dies war tatsächlich eine ausserordentliche und faszinierende Sache!

Die Patienten, Mohammedaner, waren Gani, ungefähr 35-jährig, sein jüngerer Bruder Amin, ungefähr 30-jährig, ihre jüngere Schwester Sundari, ungefähr 22-jährig, und der Onkel mütterlicherseits, Qazim, schätzungsweise 40-jährig. Alle vier waren vom „Chief Judicial Magistrate" (Beamter mit richterlicher Gewalt) des Distrikthauptortes im oberen Teil des Tales als „geistesgestört" und „behandlungsbedürftig" erklärt worden, und zwar

aufgrund eines Polizeirapportes und eines Berichtes des Distrikts-Amtsarztes. Leider hatte man nur die amtliche Einweisungsverfügung des Magistraten mitgesandt. Obwohl ich an diesen später zwei Briefe richtete mit der Bitte, uns die ausführlichen Protokolle zuzustellen, war aus dieser Quelle nichts weiter zu erhalten. Die Polizisten, welche die vier Leute begleitet hatten, waren nicht dieselben, welche zur Szene der ursprünglichen Geschehnisse gerufen worden waren, und konnten uns nichts darüber erzählen. Die einzige einigermassen zuverlässige Auskunftsperson war somit Sundaris Ehemann Razak, welcher selbst nicht von der „Familienpsychose" betroffen war. Er war zwar bei der entscheidenden Szene nicht zugegen gewesen. Immerhin konnte ich von ihm wenigstens aus zweiter Hand folgende Schilderung der Ereignisse der letzten paar Tage erhalten:

Einer der Brüder, Amin, hatte vor ungefähr vier Jahren geheiratet. Vor einem Monat starb seine Frau bei der ersten Geburt, und das Kind, ein Büblein, blieb ebenfalls nicht am Leben. Dies brachte den ältesten Bruder, Gani, aus dem Gleichgewicht. Zuerst war er während ungefähr drei Wochen deprimiert; seit ein bis zwei Wochen jedoch wurde er zeitweise erregt und neigte zu Gewalttätigkeit. Sein Zustand wirkte natürlich auch auf die übrigen Familienglieder beängstigend.

Weiter konnte ich noch herausfinden, dass „man" zu einem „Pīr" gegangen sei, um Hilfe zu suchen. Dieser „Pīr", so berichtete Razak, habe ihnen etwas zu trinken gegeben und ihnen geraten, ihre Sorgen zu vergessen, das weltliche Leben aufzugeben und eine neue Welt zu suchen. Nachdem der Trunk, welchen Amin vom „Pīr" nach Hause gebracht hatte, mit den übrigen Familiengliedern geteilt worden war, gerieten neun von ihnen in eine starke Erregung, wie wenn sie vergiftet wären. Sie begannen, alle Haustiere zu töten: 8 Schafe, 2 Rinder und einige Hühner. Die Tierleichen wurden einfach weggeschleudert. Dann machten sie sich daran, all ihre Habseligkeiten aus dem Fenster zu werfen und die Türen und Fenster des Hauses zu zerstören. Nachbarn riefen die Polizei herbei, und es wurden alle Beteiligten auf den nächsten - allerdings wohl nicht allzu nahen! - Polizeiposten gebracht. Von dort wurden sie zum Amtsarzt und schliesslich zum Magistraten weiter geschickt.

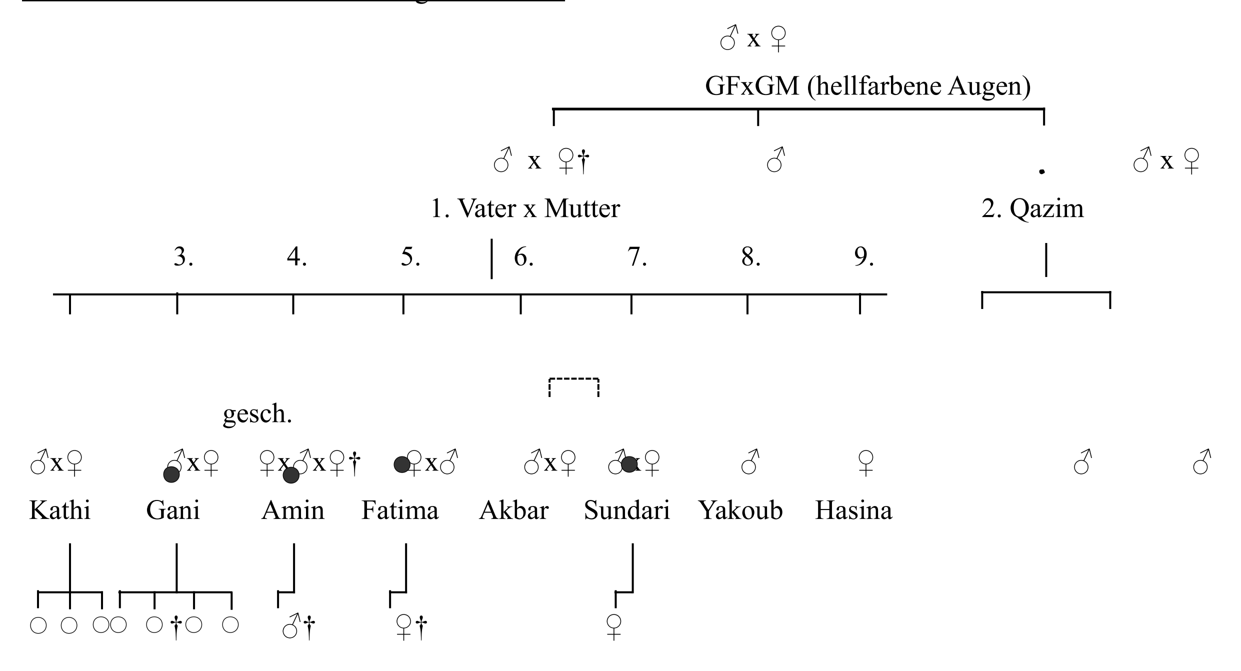
Fünf von den neun, deren Zustand nicht so ernsthaft gestört war, wurden wieder nach Hause gesandt. Die vier am schlimmsten Betroffenen wurden mit einem Einweisungsbefehl zu uns ins Spital transportiert. Obwohl das ganze Geschehen bereits am 17. Mai seinen Anfang genommen hatte, wurde die Polizei erst am 19. Mai gerufen, und jetzt war bereits der Abend des 20. Mai. Es war nicht klar, wie diese Verzögerung zustande gekommen war.

Von Razak erhielt ich auch vorläufige Auskunft über die Zusammensetzung der Familie. Ich habe die etwas komplizierten Verhältnisse, unter Beiziehung späterer Informationen von anderer Seite, in Form eines Stammbaumes (Tabelle I, S. 133) zusammen gefasst. Vorläufig erfuhr ich, dass drei der Patienten einem achtköpfigen Geschwisterkreis angehörten. Vier Brüder, davon drei verheiratet, und die jüngste noch nicht erwachsene Schwester lebten alle in einer Grossfamilie, zusammen mit ihrem Vater und ihrem Onkel mütterlicherseits. Im Laufe der letzten 10 Jahre hatten offenbar verschiedene Missgeschicke und Schicksalsschläge die Familie heimgesucht. Eine Chronik dieser Geschehnisse, wie ich sie allmählich zusammenstellen konnte, einschliesslich der letzten Zuspitzungen, die zur dramatischen Episode der „symbiontischen Psychose" geführt hatten, ist in Tabellenform auf Seite 134 (Tabelle II) gegeben.

Die vier Patienten selbst waren kaum fähig, zusätzlich Auskunft zu erteilen, da sie auch jetzt, drei Tage nach dem akuten Ausbruch der Störung, immer noch in benommenem, ratlosem Zustand waren, den Amin und Qazim als „vergiftet" kennzeichneten. Es war mir bald klar, dass der „Kern-Psychotiker", welcher vermutlich die Geistesgestörtheit der drei andern induziert hatte, Gani war. Er sah schwer depressiv und ängstlich aus, rieb und schüttelte ständig seine Hände und bat, mit einer vom vielen Schreien und Wehklagen heiseren Stimme, um Vergebung. Im Gegensatz dazu schien die Schwester, Sundari, sich in eher gehobener, maniformer Stimmung zu befinden. Sie lächelte oder lachte sogar, allerdings oft abrupt ins Weinen übergehend, redete übermässig viel und zum Teil in unzusammenhängender, ideenflüchtiger Weise. Hie und da jedoch erstarrte sie plötzlich in einer bestimmten Haltung, und in solchen Momenten konnte man ihren Gliedern

irgendeine beliebige Stellung geben, ohne dass sie sich dagegen wehrte.

Stammbaum und Zusammensetzung der Familie



GEMEINSAM IN DER SIPPSCHAFTSFAMILIE LEBEND

a) Gewöhnlich

1. Vater
2. (Qazim, getrennte Küche mit Frau und 2 Kindern)
3. Gani, seine Frau und drei überlebende Kinder
4. Amin
5. -
6. Akbar mit Frau
7. -
8. Yakoub
9. Hasina
10. Total: 11 Familienglieder + Qazim mit Frau und 2 Kindern im gleichen Gebäude, jedoch bei getrennter Küche = 15.

b) Zur kritischen Zeit, Mai 1975:

1. Vater
2. (Qazim: getrennte Küche mit Frau und 2 Kindern)
3. Gani, seine Frau und drei überlebende Kinder
4. Amin
5. Fatima (temporär)
6. Akbar mit Frau
7. Sundari mit Kind (temporär)
8. Yakoub
9. Hasina
10. Total: 14 Familienglieder, zusammen mit Qazim und Familie: 18.

Physische Merkmale:

Hellbraune Augen: - Grossmutter mütterlicherseits
- Qazim

gleichen einander sehr

- Amin
- Sundari: sehr hellfarbig, auch das Haar
- Weniger ausgesprochen hellfarbige Augen auch bei Gani

Fatima gleicht ausgesprochen dem Vater.

Psychische Erkrankung:

♂ ♀ = Familienglieder, die wir in einer nicht induzierten Psychose beobachten konnten: Gani, Amin, Fatima, Sundari

♂ = Familienglieder, die wir nur in einer induzierten Psychose beobachten konnten: Qazim

(Ebenfalls in induzierter Psychose beobachtet: Amin, Sundari, die jedoch später an unabhängigen psychotischen Phasen erkrankten.)

♂ ♀ = Familienglieder, von denen keine psychotischen Phasen bekannt sind (z.T., sofern „nummeriert", auch an der Opferszene beteiligt, jedoch nur „am Rande")

○ = Kinder, Geschlecht nicht bekannt

Chronik der Ereignisse in der Familie

Ungefähr	1965	Fatima macht eine erste psychotische Phase durch im Pubertätsalter. Mit Elektroschock behandelt im „Mental Hospital". Von uns erst im November 1975 erfahren durch Akbar.
Ungefähr	1968	Die Familie kauft Land und findet beim Graben, dass dort früher ein Begräbnisort war.
Ungefähr	1968	Amin beginnt, regelmässig einen „Pīr" in einem benachbarten Dorf zu besuchen.
Ungefähr	1969	Fatima wird verheiratet.
Vermutlich	1969/70	Tod der Mutter
Ungefähr	1971	Amin heiratet zum 2. Mal, nachdem die erste Ehe geschieden worden ist.
Ungefähr	1971	Sundari wird mit dem Bruder von Akbar's Frau verheiratet.
Ungefähr	1972	Akbar ist körperlich krank. Wird zu einem heiligen Pilgerort gebracht. Dort teilt man der Familie mit, es müsse ein Tier geopfert werden, wenn sein Leben gerettet werden soll. Falls dies nicht ausgeführt wurde (?), ist dies vielleicht die „Verärgerung eines „Pīr", welche Amin erwähnte.
	1975	Akbar ist wieder krank; hat ein „Nierenleiden". Man ist ausserdem besorgt darum, dass

		er noch kein Kind hat zeugen können.
März	1975	Amins zweite Frau stirbt während der Geburt ihres ersten Kindes, eines Knaben, der ebenfalls stirbt.
Ende April	1975	Fatimas erstes Kind (Frühgeburt, weiblich) stirbt.
Anfang Mai	1975	Gani wird depressiv, kann nicht schlafen, widmet sich übermässigem Gebet, seufzt und jammert nachts. Ungefähr Mitte Mai wird er unruhig, erregt.
Um 10.5.1975 herum:		Familie beschliesst, dass 5 ihrer Mitglieder in den Punjab reisen werden; nicht sicher, ob der Zweck Arbeitssuche war oder eine Pilgerfahrt.
	16.5.1975	Amin besucht seinen „Pīr", verbringt die Nacht dort und kehrt am nächsten Tag zurück.
	17.5.1975	Nach Amins Rückkehr beginnen die dramatischen Geschehnisse (Opferung der Tiere etc.).
	19.5.1975	Die Polizei wird durch die Nachbarn gerufen. 9 Familienglieder werden zum Distrikts-Amtsarzt und dem „Magistraten" im Distrikts-Hauptort gebracht.
	20.5.1975	Gani, Amin, Sundari und der Onkel Qazim werden abends von der Polizei zur Aufnahme ins „Mental Hospital" gebracht, alle in psychotischem Zustand.
	28.5.1975	Sundari wird mit ihrem Ehemann „in Urlaub" heimgesandt, da sie sich erholt hat.
	29.5.1975	Qazim und Amin werden ebenfalls „auf Parole" beurlaubt, da sie Einsicht gewonnen und sich beruhigt haben.
	31.5.1975	Gani wird mit seinem Vater „auf Parole" heimgesandt. Er ist immer noch ängstlich-depressiv.
	25.6.1975	Ich mache einen Hausbesuch bei der Familie im Dorf. Gani immer noch depressiv; Sundari übermässig reizbar und geschwätzig; Amin und Qazim ziemlich im Gleichgewicht; bisher unbekannte Schwester, Fatima, seit 1 Monat psychotisch.
	5.8.1975	Fatima zur Aufnahme ins Spital gebracht, manisch.
	9.9.1975	Fatima mit Amin in Urlaub gesandt, obwohl immer noch betriebsam und geschwätzig.
	16.10.1975	Fatima wieder zurück gebracht, da sie weiterhin psychotisch ist. Wird in den folgenden Wochen mit Elektroschock behandelt. Erst jetzt werden wir über die erste psychotische Phase vor ungefähr 10 Jahren informiert.
	24.11.1975	Fatima wird wiederum beurlaubt, da sie sich jetzt beruhigt hat und symptomfrei ist.
	16.12.1975	Fatima endgültig als „entlassen" abgeschrieben.
	1976	Amin wird in einer Phase endogener Depression ins „Mental Hospital" aufgenommen.
	1977	Sundari wird in einer manischen Phase ins Spital aufgenommen, die nach dem Tod eines neugeborenen Kindes aufgetreten ist. In den nächsten 3 Jahren nochmals eine Aufnahme in einer manischen Phase.
	1977	Akbar bei uns in ambulanter Behandlung, in der Annahme, seine unbestimmten körperlichen Beschwerden könnten eine Depression maskieren. Einige Besserung trotz unregelmässiger Behandlung.

Dieses Symptom der „Katalepsie“ und „wächsernen Biegsamkeit“ ist typisch für die sogenannte „Katatonie“, die meist als Unterform der Schizophrenie gewertet wird. Es lässt sich jedoch denken, dass bei diesen noch recht primitiven Menschen - ähnlich wie auch bei Tieren, die man unerwartet passiv in eine andere Körperlage versetzt oder die sich plötzlich einem Feinde gegenüber sehen - derartige Reaktionen, als Zeichen der Ratlosigkeit und vielleicht als Schutzmechanismen gegen Unbekanntes, auch ausserhalb des Rahmens einer Schizophrenie vorkommen können.

Amin und Qazim waren eher fähig, sich auszudrücken; sie hatten sich offenbar bereits einigermassen vom Geschehen distanzieren können. Doch auch sie konnten keinen zusammenhängenden Bericht abgeben. Beide erwähnten, dass sie sich immer noch „vergiftet“ fühlten und klagten entsprechend über Schwindel, Kopfweh und Herzklopfen, vermutlich die somatischen Begleiterscheinungen von Angst und Erregtheit. Amin behauptete, er könne sich nicht recht erinnern, was geschehen sei. Qazim sprach von einem „djin“, einem „Geist“, welcher ihn im Traum erschreckt hatte. Als ich ihn fragte, wieso denn er in die Sache verwickelt worden sei, obwohl er ja nicht zum engsten Familienkreis gehöre, erklärte er: „Als ich die andern all das tun sah, machte ich eben auch mit.“ Sogar jetzt noch hatte er, wie offenbar auch die anderen Beteiligten, keinen Zweifel daran, dass das Vorgefallene richtig und nötig war. Weder die Berichte der Beteiligten noch unsere eigenen Beobachtungen gaben Anhaltspunkte für Halluzinationen, also Sinnestäuschungen.

Schon bei dieser ersten Begegnung, sogar im spärlich beleuchteten Raum, war mir aufgefallen, dass drei der Patienten: Sundari, Amin und Qazim, sehr hellfarbige, haselnussbraune Augen hatten. Ganis Augen waren etwas dunkler, aber trotzdem noch relativ hellbraun. Weiter stellte ich fest, dass Amin seinem Onkel Qazim sehr viel ähnlicher sah als seinem Bruder Gani.

Es wurden gleich alle vier Patienten untersucht und die Ergebnisse sorgfältig festgehalten.

Man musste natürlich in erster Linie an eine Vergiftung durch Pilze oder

Giftpflanzen denken oder vielleicht - da berichtet wurde, dass sie einen von einem „Pīr“ zubereiteten Trank genossen hätten - an irgendeine der Formen von Cannabis indica (Haschisch), wie sie gelegentlich von solchen geistlichen Ratgebern verwendet werden. Weder die vorliegenden Berichte noch der Zustand der Patienten in den drei nächsten Tagen wiesen jedoch in diese Richtung. So konnte man wohl diese Hypothese, welche übrigens auch durch andere Leute, die von dem Fall gehört hatten, vorgeschlagen wurde, fallen lassen.

Die Formalitäten für die Aufnahme aller vier Patienten wurden erledigt und die nötige Medikation, abgestuft gemäss den individuellen Bedürfnissen, wurde verschrieben und gleich in einer ersten Dosis in meiner Gegenwart verabreicht. Da ich den Eindruck hatte, dass sich die Vier gegenseitig in ihrem psychischen Zustand bestärkt und verstärkt hatten, liess ich jeden in einem anderen Saal unterbringen, vielleicht könnte die Trennung helfen - so überlegte ich - vom erregenden Geschehen und den störenden Einflüssen Distanz zu gewinnen.

Am nächsten Morgen jedoch sah ich die drei Männer bereits wieder in einer Ecke des Spitalgartens nahe beieinander kauern, und sobald Sundari Gelegenheit fand, aus dem Frauensaal zu entrinnen, gesellte auch sie sich zu ihnen. Solange sie im Spital weilten, behielten sie diese Tendenz bei, in ihrer kleinen Gruppe vereint zu bleiben, meist mit einigem Abstand von den anderen Patienten. Man hatte das Gefühl, dass sie durch sehr enge, empathisch-symbiotische Bande zusammengehalten waren.

Der Versuch des Psychologen, einen Tag nach der Aufnahme, als das psychotische Geschehen noch nicht abgeklungen war, den Patienten einen Rorschach-Test vorzulegen, brachte nur sehr magere Resultate. Alle vier waren so stark unter Medikamenten-Einwirkung, dass sie nur in Bruchstücken Auskunft geben und auf den Test kaum eingehen konnten. Gani war mit der Idee beschäftigt, er habe irgend einen Fehler oder eine Sünde begangen, redete jedoch auch vom Besuch beim „Pīr“. Gemäss Amin hatte die Familie einen „Pīr“ verärgert, so dass dessen Zorn auf sie gefallen war. Qazim war der einzige, der etwas zusammenhängender berichten konnte: Ein „Pīr“ habe

seinem Neffen, Amin, Wasser zu trinken gegeben. Dies habe den jungen Mann erregt. Als er dann heimgekehrt sei, habe er über allgemeine Schwäche, Schläfrigkeit, Verwirrtheit geklagt. Dann wurde er erregt und tötete einige Tiere. Bald sei dann die Polizei gekommen und habe alle vier hieher gebracht. Amin, so erklärte er, sei öfters zu diesem „Pīr" gegangen, um seinen Segen für eine erneute Heirat zu erbitten. Amin sei nämlich schon früher einmal verheiratet gewesen. Von jener Ehepartnerin habe er sich jedoch scheiden lassen, während die zweite Frau kürzlich gestorben sei. Er wolle nun vom „Pīr" erfahren, ob er sich nochmals in eine Ehe wagen solle. Anstatt diese Frage zu beantworten, habe ihm jedoch der „Pīr" das bereits erwähnte Wasser gegeben.Qazim, der Onkel, konnte nun mit verlegenem Lächeln zugeben, dass auch er sich töricht benommen habe und deshalb ins Spital gebracht worden sei. Jetzt aber habe er sich beruhigt und müsse nur noch lachen, wenn er an den merkwürdigen Vorfall denke. Obwohl sein Reden nicht sinnlos war und er offensichtlich eine gewisse Einsicht gewonnen hatte, war er nicht dazu zu überreden, beim vorgelegten psychologischen Test mitzumachen.

Am folgenden Tag, am 22. Mai, war Sundari genügend bei Sinnen, um von mir mit Hilfe einer jungen Kashmiri Ärztin als Dolmetscherin befragt zu werden. Über diese Unterredung notierte ich mir Folgendes:

„Sundari ist immer noch etwas benommen, aber besser fähig, etwas aufzunehmen und darauf zu reagieren als gestern. Es scheint, dass sie sich an das ganze Geschehen erinnert. Sogar jetzt noch kann sie darin jedoch nichts Unrechtes oder Abnormes sehen. Auf unser Befragen erzählt sie uns, dass nach dem Tode von Amins Frau und neugeborenem Kinde sie alle sehr traurig und verstört waren. Seit jener Zeit hielt auch sie sich bei ihren Brüdern im Elternhaus auf, während sie sonst gewöhnlich bei ihren Schwiegereltern in einem andern Dorfe lebt. Nachdem Amin zum „Pīr" gegangen war, habe er eine Flasche mit Wasser gebracht. Sie alle tranken davon. Danach begannen sie, ihr Vieh und Geflügel zu töten und allen Hausrat hinaus zu werfen. „Habt Ihr vielleicht gedacht, es komme eine neue Welt?" erkundigte ich mich. „Ja, es ist jetzt eine neue Welt da!" antwortete Sundari, die in sehr gehobener Stimmung zu sein schien und oft freudig lächelte. Immerhin konnte man zeitweise auch

einen etwas nachdenklichen und verträumten Ausdruck in ihrem Gesicht bemerken. Auf unser Befragen bestätigte sie uns, dass die Familie immer sehr eng verbunden gewesen sei und jedes sein Fühlen und Erleben mit den anderen geteilt habe."

In meinen Notizen hatte ich wiederum niedergelegt, was mir schon vor zwei Tagen bei der Aufnahme aufgefallen war. „Sundari hat ein Aussehen, das selbst für eine Kashmiri* recht auffallend ist: haselnussbraune Augen, hellfarbige, fast „goldene" Haare und rote Wangen. Ihre Gesichtszüge, mit einer ziemlich grossen, scharf geschnittenen Nase, sind auch etwas ausserordentlich, eigentlich recht schön. Sie könnte leicht für eine mitteleuropäische Frau gehalten werden. Überraschend ist, dass sie sich kaum darüber zu wundern scheint, dass sie nun hier ist und von einer ausländischen Ärztinuntersucht wird. Sie nimmt dies einfach als ganz natürlich hin, wahrscheinlich als einen Aspekt dieser „neuen Welt". Sie lässt sich die Milch aus ihren Brüsten abpumpen und ist nicht übermässig besorgt um ihr kleines Kind, das sie daheim zurücklassen musste."

Am 23. Mai kam Sundaris Ehemann, Razak, mit seinem Schwiegervater, also dem Vater von dreien unserer Patienten. Von letzterem konnten wir weitere Auskunft erhalten, nicht nur in bezug auf das Geschehen an jenem schicksalsschweren Tag, sondern auch über die Zusammensetzung der Familie und ihre soziale Stellung im Dorfe. Ausserdem gab uns der Vater - ein grosser, hagerer Mann mittleren Alters, einfach gekleidet, wie es im Dorfe üblich ist - auch einige Erklärungen und Vermutungen über die seltsame Geschichte. Man konnte jedoch merken, dass er sehr auf der Hut war, offensichtlich bemüht, alles so harmlos als möglich darzustellen. Vermutlich hatte man im Dorf die wilde Szene ins Lächerliche gezogen und darüber gespottet; so hatte er allen Grund, das Vorgefallene zu bagatellisieren.

Ich erfuhr von ihm, dass in der Familie gewöhnlich er selbst, und von seinen Kindern vier Söhne und die jüngste Tochter zusammen leben, ausserdem Frau und drei Kinder des ältesten Sohnes Gani und die Frau eines jüngeren Sohnes, Akbar. Die letztere jedoch war kürzlich abwesend, da sie Sundaris Schwägerin (durch Bruder/Schwester Doppelheirat) ist und zu ihrer

eigenen Familie gehen musste, während Sundari für die Zeit der Trauer um Frau und Kind ihres Bruders „daheim" zu sein hatte. Somit besteht die Familie also gewöhnlich aus elf Mitgliedern, gegenwärtig sogar vierzehn, da eine jüngere Tochter, Fatima, nach einer kürzlichen Geburt auch „daheim" ist. Die älteste Tochter, Kathi, ist schon seit Jahren verheiratet und lebt bei ihren Schwiegereltern, ohne mit Eltern und Geschwistern viel Kontakt zu haben. Amins zweite Frau ist ungefähr vor zwei Monaten im Kindbett gestorben, und auch das Neugeborene, ein Sohn, starb. Fatimas Kind, ein Töchterchen, ebenfalls erstgeboren, ist vor drei Wochen auch gestorben. Qazim, der Onkel mütterlicherseits, lebt im gleichen Hause, führt jedoch mit seiner Frau und zwei Kindern separate Küche.

Das Haus, so erfuhren wir noch, steht mitten im Dorfe, das ungefähr 50 - 60 Häuser zählt. Die Familie unterhält gute Beziehungen mit den Nachbarn. Die Häuser stehen nicht sehr eng beisammen; man hat also genügend Platz, so dass man auch „für sich" sein kann. Die Familie ist in keinerlei Streitigkeiten mit anderen Dorfgenossen verwickelt. Sie wird wegen ihrer streng religiösen Gesinnung allgemein geachtet. Man rechnet sie zu den „höheren Schichten" der Dorfbevölkerung. Nur 3 - 4 andere Familien, so stellte der Vater auf unsere Frage stolz fest, haben einen höheren Rang. Dem Familiennamen nach musste man annehmen, dass die Familie Töpferei betrieb. Der Vater erklärte uns jedoch, dass dies schon lange nicht mehr der Fall sei und man den Lebensunterhalt durch die kleine gemischte Landwirtschaft bestreite. Auf unsere Frage, ob es Brauch sei in der Familie, dass jemand sich ganz einem religiösen Leben widme, erfuhren wir, dass dies noch nie vorgekommen sei. Es sei nicht einmal jemand zur Schule gegangen. Später fand ich allerdings heraus, dass der Sohn Akbar ein wenig lesen und schreiben konnte.

Nachdem wir diese grundlegenden Auskünfte über die Familie eingeholt haben, wagen wir uns vorsichtig an die Exploration der kürzlichen Vorkommnisse. Als erstes frage ich, wer nach dem Tode von Amins Frau zuerst und am meisten betroffen gewesen sei. „Amin selbst", lautet die Antwort. Ganis Störung habe erst etwas später begonnen. Letzterer sei in übermässiges Beten geraten und habe nachts nicht schlafen können. Er sei sehr deprimiert

gewesen. Auf mein Befragen erfahre ich, dass dies die erste derartige Phase war. Sie hatte erst begonnen, nachdem Fatimas Erstgeborenes auch starb.

„Wer ging denn zum „Pīr"?" forsche ich nun weiter. „Das war auch Amin. Er war in den letzten 7 Jahren ziemlich oft dorthin gegangen. Das letzte Mal machte er am Freitag, 16. Mai, einen Besuch beim „Pīr"." - „Und was riet ihm dann dieser „Pīr"?" frage ich nun. „Der „Pīr" sagte ihm nichts. Aber Amin teilte ihm mit, er wolle ein „dervish" (d.h. ein Bettelmönch oder „Gottessucher") werden, weil seine Frau nun tot sei. Er fragte auch, ob er nochmals heiraten solle oder nicht. Der „Pīr" gab ihm Wasser zu trinken und Amin blieb über Nacht bei ihm." Er wisse nicht, so fügt der Vater auf meine spezielle Frage bei, ob dem Wasser etwas beigemischt gewesen sei. Auf jeden Fall habe jedoch der „Pīr" seinen Atem auf das Wasser geblasen.* Gemäss der Auskunft, die wir weiter vom Vater erhielten, hatte nur Amin selbst von diesem Wasser getrunken; er hatte nichts davon heimgebracht. Er kam erst im Laufe des Samstag, 17. Mai, zurück. Soviel er, der Vater, sehen konnte, war Amin nicht in einem aussergewöhnlichen Zustand, als er daheim ankam. Erst ein wenig später wurde er plötzlich sehr ängstlich, hatte Herzklopfen und meinte, es sei zu Ende mit ihm. Alle andern wurden auch von Angst erfasst und glaubten, sie müssten nun sterben. Gani, so versicherte uns der Vater auf unsere Frage, sei nicht daran beteiligt gewesen.

„War da irgendeine Idee, dass Gott Euch für etwas strafen wollte, da Ihr ja in den vergangenen Jahren schon so viel Schweres durchgemacht hattet?" erkundige ich mich nun. „Ja, das stimmt", heisst es. „Ja, wisst Ihr denn von irgendeiner Sünde oder Verfehlung?" frage ich weiter. „Nein, wir wissen nichts." - „Wenn nun also ein göttliches Gericht stattfinden sollte", so forsche ich weiter, „sollte dies nur Euch betreffen oder sollte die ganze Welt gerichtet und zerstört werden?" - „Nein", sagt der Vater „es war nur für uns gemeint." - „Aber warum habt Ihr dann begonnen, die Tiere zu töten?" ist meine nächste Frage. „Gani begann damit", erklärt der Vater, „denn er hatte das Gefühl, ein böses Geschick werde die Familie überfallen und man müsse, um dies abzuwenden, Tiere opfern. Die Söhne träumten manchmal vom „Pīr" und auch

von Geistern.“ - „Erzählten sie sich jeweils ihre Träume?“, erkundige ich mich. „Ja, sie teilten sich alles gegenseitig mit“. - „Aber war denn ein einziges Tier nicht genug für das Opfer?“ will ich weiter wissen. „Nein, sie hatten geträumt, es würden noch weitere drei Familienglieder sterben, und deshalb musste das Opfer gross sein.“ vernehme ich nun vom Vater. „Wer träumte das?“ ist meine nächste Frage. „Gani und Amin, mehrmals in letzter Zeit.“ - „Ist es wahr“, frage ich nun, „dass Ihr auch allerlei Zeug aus dem Haus geworfen habt?“ Die Antwort lautet: „Nein!“ Man kann jedoch spüren, dass der Vater etwas verbergen will, da er sich offensichtlich der Sache schämt.

Schliesslich will ich nun noch wissen, ob man wirklich gemeint habe, die Welt werde enden und eine neue Welt werde beginnen. Davon will der Vater nichts wissen und Razak lacht nur darüber. Sie hätten alle nur um ihr Leben gebangt, also befürchtet, dass die Welt für sie selbst zu Ende sein werde. „Aber war da irgendeine Hoffnung auf eine neue Welt“, erkundige ich mich nochmals, „so dass man die Dinge dieser alten Welt nicht mehr brauchen würde?“ Darauf gibt es wieder ein entschiedenes „Nein!“. Diese Idee, welche das Hineinspielen des Themas eines „cargo-cult“ (Erklärung siehe später, S. 157) wahrscheinlich machte, war offenbar eine Privatmythologie, die Sundari in ihrer eher maniformen Stimmung entworfen hatte.

Nochmals erkundige ich mich nun, ob keine Möglichkeit bestehe, dass vielleicht eine Vergiftung durch Pilze oder Pflanzen im Spiel gewesen sei. Gemäss den beiden Auskunftspersonen war dies ausgeschlossen. „Irgendetwas hat der „Pīr“ getan“, heisst es.

„Habt Ihr denn alle an diesem Opfer teilgenommen?“ möchte ich nun wissen. „Ja, wir alle“, bestätigt man mir.

Ich versuche dann herauszufinden, welche unter den Geschwistern untereinander die engste Verbindung haben. „Gani, Amin und Sundari“, heisst es. Ob das irgendetwas mit der besonderen Farbe der Augen zu tun habe, will ich ausserdem wissen. „Ja“, bestätigt der Vater, „die mit den hellfarbigen Augen halten am engsten zusammen.“ Allerdings, so erklärt man mir auf eine weitere Frage, sei das nichts so sehr Besonderes, da es im Dorfe noch andere Leute mit hellfarbigen Augen gebe.

„Was gedenkt Ihr nun weiter zu tun?“ frage ich schliesslich. „Wir werden neues Vieh kaufen“. „Wie haben die Leute im Dorfe auf die ganze Sache reagiert?“ will ich weiter wissen. „Sie hatten Mitgefühl und wollten uns helfen; einige jedoch machten sich lustig über uns.“ Meine letzte Frage, ob man mir wohl erlauben würde, einen Besuch zu machen, wenn ich vielleicht an einem Sonntag einmal ins Dorf kommen würde, beantwortet man bereitwillig mit genauen Angaben über die verschiedenen Wege, auf denen die Ortschaft zu erreichen sei.

In den nächsten drei Tagen gewann Sundari zunehmend an Einsicht. Das Resultat des psychologischen Tests (Rorschach Formdeutversuch), bei dem sie nun willig mitmachte, wies lediglich auf ein intensives Interesse an religiösen Dingen, gab jedoch sonst keine Anhaltspunkte für abnorme psychische Funktionen. Während einer Unterredung am 27. Mai, wiederum mit Hilfe der jungen Kashmiri Ärztin, war sie nun ganz aufmerksam und sich ihrer selbst und der Situation bewusst. Grossenteils spontan gab sie eine neue Version der kritischen Ereignisse, gemäss welcher es Gani war, der von einem „Pīr“ etwas bekommen hatte und dann einige Nächte lang erregt war. Auf unsere Frage, wer am „Opfer“ beteiligt gewesen sei, hiess es nun ebenfalls, dass nur Gani Tiere getötet habe, während alle andern versucht hätten, ihn daran zu hindern. Von sich aus berichtete sie dann, dass die Familie vor einigen Jahren von jemandem Land gekauft habe. Aber als man begann zu pflügen und zu graben, entdeckte man, dass es Skelette darin hatte. Es musste eine Begräbnisstätte gewesen sein. Das war jedoch schon vor sieben Jahren.

„Und was hat dies mit der jetzigen Lage zu tun?“ wollte ich wissen. „Nichts“, hiess es zuerst; dann fügte Sundari nachdenklich bei: „In all diesen Jahren haben sich die Missgeschicke gehäuft, und es musste schliesslich etwas passieren.“ Ich versuchte herauszufinden, was es mit diesem Land für eine Bewandtnis hatte. „Besteht irgendein Gesetz, dass man Land, das früher ein Friedhof war, nicht bebauen oder verkaufen dürfe?“ - „Nein“, antwortete Sundari. „Es war eine Begräbnisstätte vor vielen tausend Jahren, nur alte Knochen.“ Am Ende der Unterredung gab sie dann dem sehr normalen Gefühl Ausdruck, dass sie nun Heimweh nach ihrem Kinde habe und das Spital

verlassen möchte.Wir hatten den Eindruck, dass es sich bei Sundari um eine recht intelligente und empfindsame junge Frau handle, die offenbar im Stillen viel über die Situation nachgedacht, alte, halb vergessene Erinnerungen hervorgeholt und sie irgendwie mit den kürzlichen Begebenheiten in Zusammenhang gebracht hatte. Alles blieb jedoch sehr unbestimmt, nur auf ein zentrales Thema angehäufter unglücklicher Geschehnisse hinweisend, vielleicht auch auf irgendeine verborgene Schuld und die Notwendigkeit einer reinigenden und sühnenden Handlung. Ausserdem konnte man, wie schon beim Vater, die Tendenz bemerken, die ganze Schuld auf Gani zu schieben und ihn, der ohnehin geistig gestört war, zum Sündenbock zu machen.

Am gleichen Tag, also eine Woche nach Einweisung, werden auch die drei Männer nochmals untersucht. Gani, der allein vorgenommen wird, ist immer noch sehr depressiv, in all seinen Reaktionen verlangsamt, in Gedanken versunken. Immerhin kann er die folgenden paar Bruchstücke zur Aufklärung des Geschehenen beisteuern: Ein „Pīr“ sei ins Haus gekommen, und er selbst sei darüber sehr freudig erregt gewesen. Als ich mich erkundige, ob sich das auf die Wirklichkeit beziehe oder auf einen Traum, kann er nicht eindeutig und zusammenhängend antworten, aber erwähnt schliesslich, dass es wohl ein Traum gewesen sei. Dann berichtet er, erstmals, dass auch der jüngere Bruder Akbar krank gewesen und zu einem traditionellen Heilkünstler gegangen sei. Man habe darum gebeten, dass sein Leben erhalten bleibe und versprochen, an seiner Stelle ein Tier zu opfern. Aber das sei schon vor drei Jahren gewesen. Ob die Familie es wohl versäumt hatte, dies Opfer zu bringen und dies der Fluch war, der über ihnen hing? frage ich mich im Stillen.

Amin und Qazim benehmen sich jetzt unauffällig und sind ganz bei Sinnen und frohen Mutes. Auch von ihnen bekomme ich jedoch, auf erneutes Befragen hin, eine Version der Vorfälle, die vom ursprünglich Berichteten abweicht, und in welcher Gani zum Sündenbock gestempelt wird: Er war es, welcher geträumt hatte, dass drei weitere Familienglieder sterben sollten. Für Amin steht dies jedoch nicht ganz sicher fest, obwohl er andererseits jetzt behauptet, er selbst habe nie prophetische Träume gehabt. Manchmal geschehe es allerdings, dass er sich im Traum um etwas ängstige. Vorsichtig

erkundige ich mich dann - dem Wirklichkeitsbegriff meiner Patienten nicht ganz trauend - ob er solche „Träume" jeweils nur im Schlaf habe oder so etwas auch am Tag vorkomme. „Nur im Schlaf", heisst die Antwort. Auch die Idee, dass Tiere geopfert werden sollten, wird jetzt Gani zugeschrieben. Ich mache die beiden darauf aufmerksam, dass Gani ja damals nicht in einem normalen geistigen Zustand war; warum befolgten sie dann trotzdem seine Anweisungen und Befehle? Darauf erklärt man jetzt, Gani habe allein all die Tiere geschlachtet. Die andern hätten versucht, ihn daran zu hindern; es sei ihnen jedoch nicht gelungen. „Aber war das die Ursache, dass Ihr alle auch verstört wurdet, oder wart Ihr schon vorher in einer merkwürdigen Stimmung?" Darauf heisst es nun mit einigem Zögern: „Beides." Als ich Qazim nochmals frage, warum er denn, als nicht so direkt Betroffener, sich auch eingemischt habe, behauptet er nun, er habe nur versucht, die andern zu hindern, während er früher zugegeben hatte, selbst auch beim Töten mitgemacht zu haben.

Meinen Notizen über diese Befragung fügte ich die Bemerkung bei: „Es sieht so aus, als ob nun alle - vielleicht auf Verabredung? - die Situation rationalisieren wollten, und Gani, der auch jetzt noch offensichtlich geisteskrank ist, wird zum willkommenen Sündenbock für das abnorme Verhalten der andern."

Ich erkundige mich bei dieser Gelegenheit nochmals danach, welche Familienglieder die hellfarbigen Augen haben. Man nennt mir nun ausser Amin, Sundari und Qazim auch Yakoub, den jüngsten Bruder, und Ganis Frau (vermutlich eine Cousine). Nicht nur die Mutter, die vor 5 - 6 Jahren gestorben ist, sondern auch die Grossmutter mütterlicherseits hatten diese hellbraunen Augen.

Man konnte nun den Schluss ziehen, dass für Amin, Qazim und Sundari die psychotische Episode offenbar nur vorübergehender Natur gewesen war. Ein paar Tage unter der Wirkung von Psychopharmaka und die Isolierung im Spital hatten genügt, um sie wieder in eine normale Bahn zurück zu bringen. Sundari war wohl am tiefsten betroffen. Man konnte fühlen, dass ihre Reaktion von einer zugrundeliegenden endogenen Bereitschaft zu affektiv-psychotischen Prozessen gefärbt war. Später konnten wir feststellen, dass die Saiten, welche

in der psychotischen Episode angeklungen waren, noch lange nachvibrierten. Amin, welcher ja eigentlich vom Schicksal am grausamsten geschlagen worden war und welcher auch am direktesten unter der Einwirkung des „Pīr" gestanden hatte, erschien nun als derjenige unter den vier Patienten, welcher das stabilste Gleichgewicht hatte; es gelang ihm rasch, einfach alles „abzuschütteln". Qazim's Bereitschaft, sich von der Psychose der andern anstecken zu lassen, musste wohl höher bewertet werden als diejenige von Amin. Obwohl er kein engst verbundenes Familienglied war und somit die Wahl hatte, der ganzen Sache fern zu bleiben, zögerte er doch nicht, auch mitzumachen und sich von der gemeinsamen Stimmung mitreissen zu lassen.Gani schliesslich erschien eindeutig als der Induzierende. In seiner eigenen depressiven Psychose, die schon 3 - 4 Wochen vor dem dramatischen Höhepunkt begonnen hatte, veranlasste er, soviel man auf Grund der Auskünfte vermuten kann, das Tieropfer und liess es dann zu einer grenzenlosen Orgie von Töten und Zerstören, also zu wirklich psychotischen Dimensionen, ausarten.

Während so Sundari schon auf vorläufigen Urlaub gesandt werden konnte, als ihr Gatte sie am 28. Mai besuchte, und Amin und Qazim am Tag darauf, behielten wir Gani noch weitere zwei Tage, bis am 31. Mai im Spital. Obwohl er sich auch dann noch nicht völlig erholt hatte, erlaubten wir dem Vater, ihn heimzunehmen. Jedem der vier Patienten wurden Medikamente für zwei Wochen mitgegeben mit der Weisung, nach dieser Zeit oder, falls sie selbst weitere Vorräte an Medikamenten kaufen könnten, spätestens in einem Monat sich wieder zu melden.

Dieses lange Intervall wird dem Europäer merkwürdig vorkommen. Wir wussten jedoch aus Erfahrung, wie schwierig es für die Patienten aus weit entfernten Dörfern ist, immer wieder das Spital aufsuchen zu müssen, besonders während Zeiten dringender landwirtschaftlicher Arbeiten. Unser ganzer Poliklinikbetrieb war deshalb darauf ausgerichtet, die Medikamente so abzugeben und Rezepte so auszustellen, dass ein Minimum an Kontrollbesuchen nötig wurde.

* * *

Als vier Wochen später noch niemand von der Familie sich gemeldet hatte, beschloss ich, sie an einem Sonntag zu besuchen. Da von den Spitalangestellten auf kurze Frist niemand verfügbar war, bat ich eine befreundete junge Studentin aus jener Gegend, mich als Dolmetscherin zum entfernten Dorf zu begleiten.

Vom 50 km weit entfernten Distrikts-Hauptort im obern Teil des Tales, wo wir noch einige zusätzliche Vorräte an Medikamenten einkaufen, bringt uns ein Autobus zu einem kleinen Dorfe, etwa 15 km von der Hauptstrasse entfernt. Von dort gilt es, zu Fuss noch ungefähr drei weitere Kilometer zurück zu legen. Bald können wir in einer Entfernung von einigen hundert Metern einige Häuser inmitten einer Gruppe hoher Bäume sehen. Die in den Reisfeldern arbeitenden Leute starren uns voller Neugier an. Ein Junge gesellt sich zu uns und will wissen, wofür wir hieher gekommen seien. Als ich ihm unser Vorhaben erkläre, bestätigt er uns sofort, dass vor uns das Dorf K. liege, und dass die von uns gesuchte Familie dort wohne.

„Geht es ihnen jetzt besser?“, erkundige ich mich. „Einigen von ihnen geht es wieder gut“, berichtet der Junge, „aber andere sind immer noch verrückt.“ Einige weitere Leute, die hinter uns daher kommen, holen uns ein. Unter ihnen ist ein älterer Mann, der bei den andern grosse Achtung zu geniessen scheint. Er übernimmt es nun, uns weiter zu führen und zu informieren, und der Knabe mischt sich unter die Leute im Hintergrund.

„Ja“, erzählt der alte Mann, „die Vier kamen zurück von Eurem Spital. Zwei davon sind bei guter Gesundheit und arbeiten in den Feldern. Aber Gani hört man nachts schreien und wehklagen. Die Schwester ist kürzlich wieder vom Haus ihrer Schwiegereltern hieher zurückgekehrt, und ihre andere Schwester, Fatima, ist nun ganz von Sinnen.“ So würden wir also genügend Arbeit finden!

Unterdessen haben wir die schattenspendende Baumgruppe erreicht, in welcher die Häuser des Dorfes, halb verborgen, verstreut sind, verbunden durch ein unregelmässiges Labyrinth von engen, staubigen Weglein und

Gässlein. Es ist sehr still und friedlich im Dorf, da die meisten Bewohner draussen in den Reisfeldern sind. Nachdem wir uns auf engem Pfad zwischen den meist zweistöckigen, strohgedeckten Lehmhäusern hindurchgewunden haben, erreichen wir eine etwas weitere und gerader verlaufende Gasse, die einem langgestreckten, gut erhaltenen Haus entlang führt. Aus einer der Türen kommt gleich Qazim, der Onkel, und hinter ihm der alte Vater mit einem kleinen Kind auf dem Arm. Sie erkennen mich sofort und grüssen mich und meine Gefährtin wie alte Freunde. Nach einer Weile erscheint auch Gani, der immer noch bedrückt aussieht, jedoch ein Lächeln versucht, als er seine Ärztin erblickt. Er übernimmt nun die Initiative für das, was weiter geschieht.

Er deutet auf ein kleines Haus jenseits der Gasse und bittet uns, dorthin zu kommen. Die Lehmwände des Erdgeschosses mögen wohl einen Vorratsraum umschliessen. Uns führt man jedoch eine steile Treppe hinauf, die sich ohne Geländer einer Aussenwand anlehnt, zu einem Raum im oberen Stockwerk. Zuerst umfängt uns Dunkelheit. Als jedoch einige der hölzernen Läden aufgestossen werden, wird es hell und luftig, und man kann nun Einzelheiten unterscheiden. Das Zimmer ist leer, abgesehen von einer hölzernen Truhe in einer Ecke und einigen handgewobenen wollenen Decken, die darum herum auf dem sauberen Lehmboden ausgebreitet sind. Wahrscheinlich ein Ort, an den man sich für Gebet und Meditation zurückziehen kann.

Wir ziehen unsere staubigen Sandalen aus und setzen uns auf eine der Decken, zusammen mit Gani und Qazim. Der erstere holt bald seine Poliklinik-Karte hervor und, in einen Plastiksack verpackt, die Reste der Medikamente, die, hätte er sich an unsere Anweisungen gehalten, eigentlich schon längst aufgebraucht sein sollten. Er erklärt, er habe in den Feldern arbeiten müssen, und da diese Medikamente einen müde und träge machen, habe er aufgehört, sie einzunehmen. Einer der Nachbarn, die uns natürlich gefolgt sind, um ja nichts von diesem seltenen Schauspiel zu verpassen, protestiert: „Nein, Gani arbeitet ja gar nicht. Er ruht sich immer noch aus, und nachts hören wir ihn weinen und fluchen.“

Wir versuchen, Gani zu erklären, dass er weiterhin die Medikamente

einnehmen sollte und dass er oder sonst jemand von der Familie schon längst hätte zu uns kommen sollen, um neue Vorräte davon zu holen. Da uns klar geworden sei, dass sie nicht kommen würden, hätten wir uns nun selbst der Mühe unterzogen, ihnen zusätzliche Medikamente zu bringen. „Wie hätten wir denn kommen können?‟ wird nun argumentiert, „während all diese harte Arbeit in den Reisfeldern zu tun ist?‟ Offensichtlich ist dies momentan das Allerwichtigste.

Qazim, der gut im Gleichgewicht zu sein scheint und seinerseits fast alle der mitgegebenen Tabletten aufgezehrt hat, übernimmt nun die Medikamente, die wir gebracht haben, und gleichzeitig auch unsere Anweisungen. Er ist es auch, der uns Auskunft gibt über die übrigen Familienglieder. Amin und Sundari seien draussen in den Feldern, sollten jedoch bald heimkommen. Amin gehe es weiterhin gut; Sundari jedoch, vor kurzem wieder aus dem Hause der Schwiegereltern hieher gekommen, sei immer noch verstört. Dazu sei nun auch ihre Schwester Fatima, deren Kind ja auch vor ein paar Wochen gestorben sei, ganz „verrückt‟.

Unterdessen scheint sich die Nachricht von diesem seltenen Besuch verbreitet zu haben, und der ganze Raum ist nun voll von neugierigen Zuschauern. Zwei davon sind einigermassen gebildete junge Männer; sie bieten sich uns als Dolmetscher an.

Als erstes versuchen wir, von ihnen Auskunft zu erhalten über die Möglichkeit, vor dem Abend wieder nach Srinagar zurück zu gelangen. „Das geht auf keinen Fall‟, erklären sie. „Heute ist Sonntag, und die Autobusse verkehren nicht.‟ - „Aber‟, erwidere ich, „man hat uns gesagt, dass der letzte Bus das Dorf S. um 18.00 oder 18.30 Uhr verlassen wird und dass wir irgendwo in der Nähe von hier einsteigen können.‟ - „Ja, an Wochentagen‟, werden wir nun belehrt, „aber nicht am Sonntag.‟ - „Aber wie können wir dann heimkehren?‟, frage ich nun etwas besorgt. Die Einladung, eben einfach hier zu übernachten, die wir nicht nur von den Nachbarn, sondern auch von „unserer Familie‟ sofort erhalten, klingt aufrichtig und herzlich. Wir erklären jedoch, dass wir zurückkehren müssen, und die Diskussion geht einige Zeit weiter. Wir verstehen schliesslich, dass wir unser Glück versuchen können,

indem wir zum nächsten Dorf gehen, wo wir vielleicht eine „tonga", d.h. einen zweirädrigen Pferdewagen, oder einen Lastwagen finden würden. Unterdessen fegt, wie ein Wirbelwind, Sundari ins Zimmer. Ihr Gesicht ist gerötet und schweissbedeckt. Ihre Kleider sind feucht, man weiss nicht genau, ob von Schweiss oder von der Arbeit in den unter Wasser stehenden Reisfeldern. Sie begrüsst mich mit einer herzhaften Umarmung und einem erleichterten Lächeln. Sie atmet keuchend und ist offensichtlich erschöpft. Jemand bringt einen Becher Milch. Sie trinkt ein wenig davon; der Rest ist bald in der allgemeinen Erregung verschüttet. Sundari beginnt nun zu schreien und zu fluchen, wirklich glühend vor Ärger. Mit einer hastigen Bewegung hebt sie den Deckel der Truhe in der Ecke und zieht daraus ein Exemplar des Heiligen Korans hervor. Darauf schwörend, versucht sie, ihren Verwünschungen grösseres Gewicht zu verleihen. Meine junge Dolmetscherin, erschreckt durch dieses unerwartete Geschehen, kann nicht mehr ganz Schritt halten mit ihrer Übersetzung. Soweit ich erfassen kann, hatte Sundari nach Austritt aus dem Spital einige Zeit bei ihrem Manne und ihren Schwiegereltern verbracht, sich jedoch darüber aufregt, dass sie „schmutzige Arbeit" leisten musste. Später führt sie näher aus, dass sie damit meint, Kuhdünger zu sammeln und zum Trocknen auszubreiten. Während für die Hindus alle Produkte der Kuh, inklusive Urin und Kot, heilig sind und es deshalb niemandem peinlich wäre, damit umzugehen, haben die Mohammedaner keine ähnliche Achtung davor. Es ist durchaus möglich, dass die Schwiegereltern die junge Frau, als soeben „aus dem Irrenhaus" zurückgekehrt, demütigen wollten, indem sie ihr diese „unsaubere Arbeit" auftrugen. Und nun ist sie also hier. Sie hat sich zwar so vor den Beleidigungen durch die Schwiegereltern flüchten können, ist nun aber in eine noch unangenehmere Lage geraten, da sie hier beim Verpflanzen der Reis-Setzlinge helfen und bei brennender Sonne schwer arbeiten muss. Ausserdem ist sie von ihrem Kinde getrennt. „Wofür soll denn ein Mädchen heiraten?" ruft sie aus, „für nichts als Mühe und Beleidigungen!" Als ich nun ein paar tröstende Worte zu ihr spreche, ändert sich plötzlich ihre Stimmung. Sie strahlt mich mit einem charmanten Lächeln an, umarmt mich liebevoll und beginnt dann, in ruhiger Weise zu sprechen. Ich erfahre von ihr, dass auch sie

die Medikamente nicht eingenommen hat, weil der „Pīr“ ihr riet, damit aufzuhören.

Unterdessen ist nun auch ihre Schwester Fatima, die ich bisher noch nicht getroffen habe, in den Raum getreten. Sie ist kleiner und weniger hübsch als Sundari; ihr Gesicht ist durch einen Hitze-Ausschlag etwas entstellt. Sofort entreisst sie Sundari den Heiligen Koran und, sich damit niedersetzend, beginnt sie, mit lauter Stimme etwas daraus zu rezitieren. Dann ergeht auch sie sich in einer Flut von Flüchen und Schmähworten, ebenfalls gegen Schwiegereltern im allgemeinen und ihre eigenen im besondern gerichtet. Es besteht kein Zweifel, dass im Moment unter den Geschwistern sie die am meisten Gestörte ist.

Sundari, die sich inzwischen beruhigt hat, versucht nun, meine Aufmerksamkeit wieder zu gewinnen, indem sie meine Beine massiert, etwas, das ich im Spital schon lange kennen gelernt habe als eine Gabe persönlichen Dienstes, die sogar ein armer Mann oder eine arme Frau einem anbieten - oder oft vielmehr aufdrängen! - kann. Auch Gani gesellt sich ihr bei, so dass ich nun für einige Zeit intensiv „unter Druck“ stehe.

Amin, der etwas später auch von der Arbeit in den Reisfeldern kommt, sieht fröhlich und zufrieden aus. Obwohl er ja eigentlich durch den Verlust seiner Frau und seines Kindes am grausamsten getroffen worden ist, scheint er sich am gründlichsten erholt zu haben. Mit ihm ist auch Akbar eingetreten, der Bruder, wegen dessen Nierenleiden alle besorgt gewesen waren. Sein pockennarbiges Gesicht erstrahlt in einem freundlichen Lächeln. Auch ihm geht es noch nicht ganz gut; aber irgendwie schlägt er sich durch.

Wie nun all diese Familienglieder versammelt sind, wird die Unterhaltung sehr lebhaft und zeitweise temperamentvoll. Die Dolmetscher kommen nicht mehr nach mit Übersetzen und Erklären, so dass ich nur erraten kann, was vor sich geht. Sundari und Fatima geraten immer wieder in Erregung, und wenn die Brüder versuchen, sie zum Schweigen zu bringen oder wenn Fatima allzu lärmig wird, teilt Sundari scharf gezielte Schläge aus. Ein richtiges Kasperli-Theater! Der alte Vater, auf dessen furchigem Gesicht ein fast schadenfreudiges Lächeln zu sehen ist, schaut der Szene passiv zu, hie und da das nackte Hinterteil des Kindes auf seinen Armen tätschelnd. Er scheint

ausserhalb des Geschehens zu stehen und es nur noch aus Distanz zu beobachten, ohne selbst gross davon betroffen zu sein. Man hat den Eindruck, dass nun eigentlich Gani, der älteste Sohn, die Last der Familie zu tragen hätte. Aber er ist immer noch deprimiert, hilflos.

Mein Motiv für diesen Ausflug war grossenteils wissenschaftliches Interesse an diesem seltenen Fall gewesen. Was uns jedoch hier in Anspruch nimmt, ist eine humanitäre Sendung! Ich versuche auszurechnen, wie weit der Vorrat an Tabletten, die wir vom Spital mitgebracht und durch weitere Einkäufe ergänzt haben, zusammen mit den noch unaufgebrauchten Restbeständen ausreichen wird. Dann teile ich jedem gemäss seinen Bedürfnissen - natürlich auch Fatima - eine Quote zu. Das sollte 8 - 10 Tage ausreichen. Allerdings ist wiederum zweifelhaft, ob sich nach dieser Zeit jemand melden wird. Ich erkläre ihnen, dass, falls eines der Familienglieder allzu erregt werden sollte, eine sofortige Aufnahme ins Spital auch ohne den Umweg über die Polizei und den Magistraten möglich sei.

Nachgerade wird nun meine junge Gefährtin recht ungeduldig und drängt fort, damit wir mindestens noch Aussicht haben, vor der Dunkelheit heim zu gelangen. Wir verabschieden uns deshalb hastig, fast mit Gewalt uns von den vielen Händedrucken und Umarmungen lösend und immer wieder die Angebote, uns für die Nacht zu beherbergen, zurückweisend. Natürlich begleitet uns der ganze Schwarm von Menschen zurück durch das Dorf bis zur Strasse hinaus. Ein alter Mann, welcher an einem Stocke humpelt, hält sein Handgelenk hin, damit ich ihm den Puls fühle und er somit auch noch einen Nutzen haben möge von diesem seltenen, vielleicht einmaligen, Arztbesuch. Aber wir haben jetzt keine Zeit. Wollten wir anfangen, „Allgemeinpraxis" zu treiben, so wäre wohl kein Ende abzusehen.

Die Strasse zum nächsten Dorf, etwa 4 km gegen Südosten, ist ganz angenehm. Wir befinden uns auf einem Plateau, wo eine leichte Brise bereits die Hitze der brennenden Sonne etwas gekühlt hat. Man arbeitet immer noch in den Reisfeldern. Von Zeit zu Zeit treffen wir eine Frau oder ein Kind, die einen riesigen Samovar, gefüllt mit Salztee, auf das Feld hinaus tragen. Auf einigen der Felder haben sich die Arbeitenden zur Teepause versammelt, wobei

sie fröhlich schwatzen. Wo jedoch die Arbeit noch im Rückstand ist, werden die arbeitenden Frauen durch das rhythmische Singen eines Mannes zu besserer Leistung angefeuert. Der Refrain wird jeweils auch von den Frauen mitgesungen. Aus einiger Entfernung sehen die Reihen gebückter Frauen in ihren buntfarbigen weiten Gewändern und Kopftüchern wie grosse Blumen aus (Abb. 20).

Offensichtlich ist dies eine sehr harte Arbeit. Die goldgrünen Reis-Setzlinge, die zuerst eng zusammengedrängt in kleinen Saatgärtlein heranwachsen, müssen ausgezogen und in handliche Bündel zusammengefasst werden. Diese werden dann zu den unter Wasser stehenden Feldern getragen, wo kleine Bündelchen davon in die schwere Erde gepflanzt werden. Es ist natürlich nicht möglich, diese Arbeit im Wasser kauernd oder knieend zu verrichten. Die Pflanzer arbeiten deshalb mit gestreckten Beinen, Rumpf und Kopf horizontal nach vorn gebeugt, so dass die Arme und Hände von den Schultern herunterhängend ihr Werk tun können. Ich verstehe jetzt, warum zu dieser Jahreszeit so viele unserer Patienten über Rückenschmerzen klagen! Um beim langen Stehen im Wasser die Haut zu schonen und zugleich vor Insektenstichen zu schützen, werden Arme und Beine mit einer Teermischung angestrichen. Noch wochenlang kann man an der schwarzen Verfärbung, die nur sehr allmählich abgetragen wird, erkennen, wer an dieser Pflanzarbeit beteiligt war. Die Arbeit muss rasch, innert einiger Tage, beendet werden, im Moment, zu dem die Setzlinge gerade bereit sind. Es wundert einen nicht, wenn man über Streitigkeiten zwischen Familien hört, von denen zu dieser arbeitsreichen Jahreszeit jede sich um die Hilfe einer Tochter oder Schwiegertochter bewirbt. Nur einige Tage vorher musste ich im Gefängnis einen Mann untersuchen, welcher - wahrscheinlich unschuldig - in einen Mord oder Totschlag verwickelt war, dessen Ursache offenbar gerade ein Konflikt von dieser Art war. Unsere Sundari ist eine der wenigen, die ein solches Dilemma bewusst erleben und ihm sogar mit Worten Ausdruck verleihen können. Andere Mädchen, die weniger intelligent und aufgeweckt sind, lassen sich einfach passiv herumschieben und geraten dann schliesslich in dumpfe Verzweiflung oder einfach Erschöpfung.

Um uns herum, in einem weiten Kreis, breitet sich eine der schönsten Berglandschaften der Welt aus. Nur in einem kleinen Abschnitt im Nordwesten verliert sich der Horizont im Dunst. Sonst bilden überall schneebedeckte Gipfel in verschiedenster Gestalt eine vollkommene Girlande. Wo die zarten Reishalme schon ausgepflanzt worden sind, vermischt sich ihr leuchtendes Grün mit der Spiegelung des blauen Himmels im Wasser. Ist dies wohl einer der Gründe, warum die Leute hier in Kashmir so oft nicht zwischen „grün" und „blau" unterscheiden können?

Allmählich erblicken wir nun die Häuser des nächsten Dorfes zwischen den mächtigen Platanen. Schon aus einiger Entfernung bemerken wir hoffnungsvoll, dass die Deichseln einer „tonga" aus einem Scheunentor hervorragen. Ja, es gibt tatsächlich solche Fahrzeuge im Dorf! Aber, wie wir erfahren müssen, als wir schliesslich dort anlangen, ist kein Fuhrmann zu haben, und die Pferde dürfen heute einen freien Tag auf der Weide geniessen. Auch hier ist es Sonntag, und das heisst, dass niemand bereit ist, eine „tonga" anzuschirren. „Aber was denn?" fragen wir enttäuscht. „Vielleicht könnt Ihr im nächsten Dorf eine „tonga" oder einen Lastwagen finden", tröstet man uns. Tönt dieser Vorschlag sehr unsicher, so ist er doch unsere einzige Hoffnung. Wir erfrischen uns mit dem sauberen, kühlen Wasser, welches reichlich aus einem Hahnen am Strassenrand fliesst. Und dann geht es weiter, immer noch durch leuchtende grüne Reisfelder, umgeben von der wunderschönen Aussicht auf die Berge.

„Ich werde dieses Abenteuer nie vergessen", versichert mir meine junge Gefährtin. „Ich hatte nie erwartet, dass so etwas passieren würde, als ich heute morgen aufstand." „Ja," antworte ich, „Du siehst, dass man auch Abenteuer haben kann, wenn man das Leben sozusagen aus erster Hand nimmt und nicht nur, wenn man passiv in einem behaglichen Sessel im Kino sitzt. Allerdings", so füge ich bei, „mag dieses Leben aus erster Hand einen hie und da ein wenig zwicken und schinden."

Ich verstehe nun, warum so viele unserer Patienten zu spät in unsere Poliklinik kommen, oft lange nach Schluss unserer Arbeitszeit. Es ist wirklich schwierig, in diesen Dörfern ein Transportmittel zu finden. Und man denke

sich: einen widerspenstigen psychotischen Patienten meilenweit zur nächsten Autobus-Haltestelle schleppen zu müssen, nur um zu finden, dass der Bus schon abgefahren ist und auch keine „tonga" zur Verfügung steht!

Schliesslich, nach weiteren 4 km, langen wir im nächsten Dorf an. Aber auch hier haben wir kein Glück. Ein Mann mit einem Bündel in der Hand wartet schon seit dem frühen Nachmittag auf ein Transportmittel, das ihn an den Ort bringen sollte, wo er morgen früh zu arbeiten hat. Er schliesst sich uns an, während wir, immer noch hoffnungsvoll, uns wiederum auf den Weg „zum nächsten Dorf" machen. Meine Gefährtin kommt mit ihm ins Gespräch und findet bald heraus, dass er ihre Familie kennt. Ich überlasse die beiden ihrer Unterhaltung und vergegenwärtige mir nochmals die Ereignisse dieses Nachmittags, darüber nachsinnend, was daraus zu lernen sei und was man aus dieser Erfahrung an Weisheit destillieren könnte.

Etwas ist ganz sicher: es gibt kaum etwas, das in einem Kashmiri Dorfe privat bleiben kann! Eines Mannes oder eines Weibes Sorgen und Missgeschicke sind jedermanns Sache. Man versteht von daher die Rolle des Chors im griechischen Drama. Alles wird offensichtlich nicht nur zum Gegenstand empathischen oder stellvertretenden Miteinanderteilens von Erleben, sondern auch Ausgangspunkt für mehr oder weniger mitfühlende oder im Gegenteil kritische Kommentare. Wie dies in typischen Kashmiri Rundgesängen der Fall ist, mag jemand eine Zeitlang die Initiative ergreifen und ein „Solo" darbieten, das ihn oder sie aus der Masse heraushebt. Früher oder später jedoch werden die anderen die Melodie aufnehmen, und der Solosänger taucht wieder in der Gruppe unter, um vielleicht einem anderen Vorsänger zu erlauben, vorübergehend die Führung zu übernehmen. Nur wenige gibt es, die es wagen können, ihr ganzes Leben so heraus- und hervorzustehen. Für einige ist es der Moment des Herausstehens, mit all seinen Ängsten, der Gefahren bringt; für andere ist es das Wieder-Eintauchen, das Enttäuschung, Bedauern und vielleicht Schuldgefühle wegen verpasster Möglichkeiten und verfehlter ehrgeiziger Ziele bringt.

Auch derjenige, der dabei zusammenbricht, wird für einige Zeit zur Hauptperson. So lange er keinen Schaden verursacht, mag das Interesse für

sein Leiden, vielleicht ein vikariierendes Geniessen seiner Streiche und seines unkonventionellen Verhaltens, wohlwollend und sympathisierend bleiben. Beginnt er jedoch, Steine um sich zu werfen, vielleicht ein Strohdach in Brand zu setzen, andere zu schlagen, die Nachtruhe zu stören, dann endet die Geduld sehr abrupt, und der „Verrückte“ wird, mit Seilen oder Ketten gefesselt, ins „Irrenhaus“ nach Srinagar gebracht. Dort bleibt er dann, oft lange über die Zeit hinaus, zu der er wieder bei Verstand ist, einfach weil daheim im Dorf Ärger und Unwillen gegen ihn noch nicht abgekühlt sind.

Mehr denn je merke ich wieder einmal, wie wichtig es für diese Gegend wäre, mobile Einheiten zu haben: Kleine Equipen mit einem Jeep, die von Dorf zu Dorf fahren könnten, um erste Zeichen einer geistigen Störung aufzufinden und natürlich auch die Nachbehandlung sicher zu stellen für Fälle, die bereits im psychiatrischen Spital in Behandlung waren. Gleichzeitig könnte man Unterricht in seelischer Hygiene erteilen und so vielleicht allmählich einige der alten abergläubischen Ansichten und Bräuche abbauen.

Unterdessen sind wir wiederum „im nächsten Dorf“ angelangt. Auch hier die gleiche Geschichte: kein Mangel an Fahrzeugen, aber weder Fuhrmann noch Pferd. Die Sonne hat sich nun bereits dem westlichen Horizont zugeneigt und die Dorfleute sind alle von den Feldern zurückgekehrt. Unsere einzige Hoffnung besteht darin, weiter zu marschieren. Es ist schliesslich schon fast dunkel, als wir endlich hinter uns das willkommene Surren eines Motors und das Hupen eines Hornes hören. Ein Lastwagen holt uns ein und nimmt sich zum Glück der müden Wanderer an, die somit noch vor völligem Einbruch der Nacht wenigstens einen Autobus auf der Hauptstrasse erreichen.

* * *

Fast zwei Monate vergingen, bis wir wieder einmal Nachricht von unseren vier Patienten bekamen. Anfangs August wurde Fatima, die wir schon bei unserem Besuch im Dorfe in psychotischem Zustand kennen gelernt hatten, zur Aufnahme ins Spital gebracht, da ihre Geistesstörung immer noch anhielt. Ausser den paar Tabletten, die wir damals zurückgelassen hatten, war sie ohne

Behandlung geblieben. Sie sprach in rasendem Tempo vor sich hin, mit offensichtlicher Ideenflucht, in fröhlicher Stimmung, aber sehr reizbar. Da sie mich bereits kennen gelernt hatte, betrachtete sie mich als gute Bekannte; sie wehrte sich deshalb in keiner Weise gegen die Aufnahme ins Spital. Von ihrem Vater, der sie begleitete, konnten wir einiges über die anderen Familienglieder erfahren:

Gani ging es immer noch nicht besser. Er war weiterhin deprimiert, konnte nicht gut schlafen und wachte sehr früh morgens auf. Er klagte viel über Herzklopfen und geriet oft ins Weinen. Natürlich war auch er, nachdem der kleine Vorrat der von uns hinterlassenen Medikamente aufgebraucht war, ohne weitere Behandlung geblieben. Rückblickend und im Hinblick auf die manischen Phasen der beiden Schwestern und auch auf die Hartnäckigkeit seines eigenen depressiven Syndromes, schien nun die Diagnose einer endogenen Depression angebrachter als unsere ursprüngliche Annahme, es handle sich nur um eine depressive Reaktion.

Von Qazim berichtete der Vater, dass er in ordentlich guter Verfassung sei, wenn ihm auch manchmal ängstlich zumute sei.

Sundari war immer noch in ihrem Elternhaus, da ihre Schwiegereltern sie noch nicht zurück verlangt hatten. Es ging ihr besser, doch fühlte sie sich noch oft schwach und ängstlich. Vor allem jedoch vermisste sie ihr Kind, das bei den Schwiegereltern war.

Amin, der selber auch mit Fatima gekommen war, sah körperlich gesund aus und benahm sich ruhig und vernünftig. Er berichtete uns, er verspüre zeitweise immer noch Herzklopfen und sein Schlaf sei oft durch unruhige, böse Träume gestört. Hie und da besuchte er immer noch seinen „Pīr". Momentan denke er nicht daran, wieder zu heiraten; zuerst müsse er sich nun völlig wohlfühlen.

Als wir uns dann nach Einzelheiten über Fatimas Krankheit erkundigten, wurde uns berichtet, sie habe 4 - 5 Wochen nach dem Verlust ihres zu früh geborenen ersten Kindes erstmals Zeichen einer Psychose dargeboten. Dies war ungefähr eine Woche nach der „Opferszene", bei der sie selbst sich nicht sehr aktiv beteiligt hatte. Erst später, als ihr Bruder Akbar sie einmal besuchte,

vernahmen wir von ihm, dass sie schon vor 10 Jahren, wahrscheinlich im Pubertätsalter, erstmals eine ähnliche psychotische Phase durchgemacht hatte.

Trotz hohen Dosen von Psychopharmaka blieb sie während der nächsten paar Wochen sehr betriebsam, meist unaufhörlich und im höchsten Tempo sprechend, leicht reizbar, so dass wir, als sie von einem kurzen, versuchsweisen „Urlaub" zurückgebracht wurde, uns doch entschliessen mussten, ihr eine Serie von Elektroschocks zu geben. Erst Ende November, das heisst 6 Monate nach dem Beginn der Störung, konnten wir sie in leidlich gutem Zustand nach Hause entlassen.

Die Besuche, welche Vater und Brüder während ihres Spitalaufenthaltes machten, gaben uns Gelegenheit, das Geschehen in der Familie weiter zu verfolgen. Im September war Gani wieder mehr oder weniger zu seinem normalen Verhalten zurückgekehrt, obwohl er gelegentlich immer noch depressiv verstimmt war. Amin, der mehrmals selbst kam, war anscheinend fröhlich, berichtete jedoch, dass er immer noch zeitweise unter allzu starken Gemütsbewegungen leide. Über Qazim bekamen wir guten Bericht.

Sundari war immer noch im Elternhaus, da die Schwiegereltern offenbar kein Interesse an ihrer Rückkehr hatten. Auch sie hatte Tendenz zu Reizbarkeit.

Erst sechs Monate nachdem das dramatische „Opfer" stattgefunden hatte, gelang es uns, einen etwas objektiveren Bericht darüber zu erhalten, und zwar von demjenigen Familienglied, das offenbar am wenigsten darin verwickelt gewesen war, nämlich Akbar, dem Bruder, der ein „Nierenleiden" hatte. Gemäss seiner Darstellung hatten der Vater, Fatima, die beiden jüngsten Geschwister, Yakoub und Hasina, sowie er selbst, damals an der erregten Szene sich nur wenig beteiligt. Derjenige, welcher die Schlacht-Orgie angeregt hatte, war Gani. Dann kamen, in der Reihenfolge abnehmender Teilnahme, Amin, Sundari, Qazim und Fatima. Akbar bestätigte, dass ursprünglich Amin das ganze Geschehen ausgelöst hatte, und zwar nach einem Traum, in welchem der „Pīr" ein Opfer verlangte. Er stimmte uns jedoch bei, dass man sich auf das Opfern eines einzigen Tieres, vielleicht eines Schafes oder einer Henne, beschränkt hätte, wenn nicht Gani, aus seiner psychotischen Stimmung

heraus, die ganze Sache ins Uferlose gesteigert hätte. Gemäss seinem Bericht waren damals ein Ochse, drei Schafe und eine Henne geopfert worden. Während Gani und Amin diejenigen waren, welche die Tiere töteten, begleiteten die übrigen Familienglieder, vor allem Sundari und Qazim, die Szene mit Lärmen, Umhertanzen und ganz allgemein mit grosser Erregung. Zu jener Zeit war Fatima noch nicht geistesgestört. Ihre Krankheit begann erst ungefähr 10 Tage später.

Akbars Bericht konnte man entnehmen, dass es ebenfalls Gani war, welcher die Idee aufbrachte, die Welt würde enden und eine neue Welt sollte beginnen und man deshalb seine Habseligkeiten liquidieren könne. Möglicherweise war er aber seinerseits durch Amin angeregt worden.

Akbar fügte noch bei, eine Woche vorher habe die Familie beschlossen, fünf ihrer Mitglieder nach Punjab ausziehen zu lassen. Aus dem, was er sagte, war jedoch nicht ganz klar zu verstehen, ob dies nur eine Pilgerreise zu einem heiligen Grab jenseits der Berge in Indien sein sollte, oder ob man daran dachte, dort Arbeit zu finden. Bauern aus dieser Gegend ziehen nämlich im Winter oft über die Berge in die wärmeren Regionen Indiens und nehmen dort Saison-Arbeit an. Da der Winter, der dem dramatischen Geschehen in dieser Familie voraus ging, besonders lang und streng gewesen und dadurch vielleicht eine finanzielle Notlage entstanden war, ist es möglich, dass dieser uns von Akbar mitgeteilte Beschluss sich auf einen Plan für den nächsten Winter bezog.

Wir hatten später Gelegenheit, Akbar als einen sehr nüchternen, gewissenhaften, ernst gesinnten jungen Mann kennen zu lernen, der sich nicht leicht in irgendeine Gemütserregung steigern liess, sondern eher seinem Körper in Form verschiedener psychosomatischer Leiden die Last auflegte. Wir haben also Grund, seine Version der „Opferszene" als die zuverlässigste anzusehen. Dass es so viele verschiedene Varianten davon gab, die zum Teil wesentlich voneinander abwichen, muss nicht unbedingt als Auswirkung der psychischen Störungen der verschiedenen Berichterstatter gewertet werden. Der Wahrheitsbegriff ist unter den Kashmiri Mohammedanern ganz allgemein etwas sehr Relatives. Als „wahr" - und zwar häufig sogar unter Eid auf Allah oder den Heiligen Koran! - gilt meist einfach das, was die momentane Situation

am günstigsten und vorteilhaftesten erscheinen lässt, ganz unbekümmert darum, ob in solchem Zusammenhang getroffene Abmachungen und Versprechungen auch nur die geringste Aussicht haben, tatsächlich eingehalten zu werden.

Wie bereits angedeutet, war vermutlich die Kennzeichnung des ohnehin psychotischen Gani als „Sündenbock" durch gegenseitige Verabredung, oder mindestens Diskussion, unter den übrigen Familienmitgliedern zustande gekommen. Von ihm war die psychotische Ansteckung - zu der allerdings Amin das Material geliefert hatte - ausgegangen, und nachdem man wieder bei Sinnen war und sich seiner Ausschreitungen schämte, bestand der natürlichste Weg zur Ehrenrettung darin, das „Übel" wieder auf ihn zurück zu bannen.

Dass diese „symbiontische Psychose" sich gerade in einer Opferhandlung ausdrückte und dann für ihre Auflösung nochmals ein Opfer, diesmal in Form des „Sündenbockes" Gani forderte, ist wiederum recht typisch für Kashmir. Einer der grössten Feiertage der Mohammedaner ist „Id-ul-Zuha", der Tag, an dem man sich an Isaaks Opferung durch Abraham (1. Mose, 22, 1-19) erinnert. Bei jener Gelegenheit war es Gott selbst, der den Widder erscheinen liess und als stellvertretendes Opfer annahm, jedoch erst im letzten Moment, nachdem er Abraham bis aufs Äusserste auf seinen Gehorsam geprüft hatte. Unter den Mohammedanern, wenigstens in Kashmir, ist es aber auch heute noch ganz üblich, dem Einhalten seiner Versprechungen oder dem Begleichen seiner Schulden dadurch zu entgehen, dass man einfach eine Ersatzleistung eigener Wahl anbietet. Meine Beobachtungen über die schlaue und unbekümmerte Weise, in welcher diese Leute sich von dem drücken können, was von ihnen erwartet oder geschuldet wird, eröffnete mir das Verständnis für die Wichtigkeit des biblischen Gebotes: „Wohl und recht tun ist dem Herrn lieber denn Opfer" (Sprüche 21, 3), oder „Siehe, Gehorsam ist besser denn Opfer, und Aufmerken besser denn das Fett von Widdern." (I. Samuel, 15, 22), oder in der Formulierung des Neuen Testamentes: „Ich habe Wohlgefallen an Barmherzigkeit und nicht am Opfer." (Matth. 9, 13).

Wenig gebildete Kashmiri, vor allem Frauen, haben die Gewohnheit, die Wichtigkeit des Opfers als eines Mittels sozialen Zusammenhaltes zu betonen,

indem sie die Redensart „Balai lage“ gebrauchen, zum Beispiel wenn sie jemanden sich günstig stimmen oder vielleicht auch nur ihre lärmigen oder sie belästigenden Kinder zum Schweigen bringen wollen. Das soll heissen: „Ich opfere mich für Dich.“ Diese Wendung, die man auch mir gegenüber oft gebrauchte, um von mir irgendeine ausserordentliche Leistung oder besondere Aufmerksamkeit zu erhalten, schien mir jedoch die tatsächliche Lage vollkommen auf den Kopf zu stellen. Im Zusammenhang, in welchem diese magische Formel jeweils in meiner Gegenwart gebraucht wurde, war es immer ganz klar, dass eigentlich von mir erwartet wurde, dass ich meinerseits mich „aufopfere“ für das Wohl des Bittenden. Denkt man jedoch an die aggressionshemmenden „Demuts- und Befriedungsgebärden“, welche von Konrad Lorenz (Lit. 15) und seinen Schülern an Tieren beobachtet und beschrieben worden sind, so versteht man diese merkwürdige Redensart besser. Ein schwächerer Partner kann so im Kampf durch demonstrative Unterwürfigkeit, ein „Sich-als-Opfer-Anbieten“, den voraussichtlichen Sieger zu Grossmut umstimmen.

Ein ähnliches Prinzip der Substitution, der Ersatzhandlung, in der man etwas opfert, um sich einen wichtigen Gewinn zu sichern oder einen drohenden Verlust abzuwenden, spielt natürlich auch bei vielen psychiatrischen Symptomen eine Rolle: Was ein Patient erleiden muss, kann als Opfer betrachtet werden, mit dem er Ersatz leistet für eine Schuld ans Leben, ein Zurückbleiben hinter seinen Möglichkeiten, die zu begleichen er nicht bereit oder nicht fähig ist. Die Behandlungsmethoden der mohammedanischen Heilkünstler, der „Pīr“ und „Faqir“, spielen sich teilweise auf diesem Niveau der Substitution ab. Obwohl viele unter ihnen sehr gute Einsicht in die wirklichen Konflikte ihrer Kunden haben, vermeiden sie es gewöhnlich, diese zum Bewusstsein zu bringen. Es werden von ihnen meist Sühnehandlungen und Opfer auf einer ganz unpersönlichen Ebene auferlegt, welche zudem oft mehr den Angehörigen als den Patienten selbst zur Last fallen. Anstelle des bereits als „Ersatz“ für den eigentlichen Konflikt dienenden Symptoms soll ein ausserhalb des Patienten liegender endgültiger „Ersatz“ geschaffen und so das gestörte Gleichgewicht wieder hergestellt werden.Als eines der Motive für die

„Opferung" mag in unserem Falle, wie bereits angedeutet, noch das Thema des „Millenniumsmythos" oder des „cargo-cult" im Spiele gewesen sein, wenigstens bei Sundari, für die ja das ganze Erleben maniform-freudig getönt war. Innerhalb von Kulturen, deren Religionen ein „Jüngstes Gericht" - wie dies auch im Islam der Fall ist - oder eine periodische Welt-Erneuerung kennen, ist es immer wieder einmal vorgekommen, dass in Zeiten der Not, in denen man weder aktiv rebellieren konnte noch einfach passiv in Verzweiflung fallen wollte, plötzlich der Mythos um sich griff, der Beginn einer „neuen" und natürlich besseren Welt stehe unmittelbar bevor. Daraus wurde gewöhnlich, in einer Art Massenpsychose, die Folgerung gezogen, es lohne sich nun nicht mehr, mühsam zu arbeiten, man bedürfe seines Besitzes nicht mehr und man solle also in Erwartung des kommenden Besseren all seine Habseligkeiten veräussern oder zerstören. In neuerer Zeit waren derartige Massenerscheinungen teilweise in Entwicklungsländern zu beobachten, wo dann das „Heil" vom Westen her in Form von ungeheuren Schiffsladungen - deshalb die moderne Bezeichnung „cargo-cult"! - luxuriöser Güter erwartet wurde. Anfangs der Siebzigerjahre wurde von einer Kollegin in Calcutta (Lit. 2), als Reaktion auf das Chaos und Elend in dieser Riesenstadt, eine ähnliche Massenbewegung beschrieben, die zu fast allgemeiner Arbeitsniederlegung, Strassendemonstrationen und verschwenderischem Geldausgeben führte, alles in einem „maniformen" Geist froher Erwartung einer „besseren Welt".

Dass irgendwelche Hoffnungen dieser Art auch in „unserer Familie" mitspielten, ist nach verschiedenen Aussagen sehr wahrscheinlich. Schon die Tatsache, dass man wenige Wochen vor der dramatischen Szene sich überlegt hatte, ob man nicht einen Teil der Familie „über die Berge" senden sollte, vielleicht um dort „ein neues Leben" zu beginnen, zeigt wohl an, dass man in eine kritische Situation geraten war, in der schliesslich nur noch magisches Denken einen annehmbaren Ausweg bieten konnte. Allerdings hielt dann die optimistische Erwartung, oder sogar das Erleben einer „Neuen Welt" nur bei Sundari über die unüberlegte Opfertat hinaus an, und auch bei ihr nur kurzfristig.

Es bleibt nun noch übrig, kurz auf einige wissenschaftliche Aspekte

dieser seltenen Familienpsychose einzugehen. Die Autoren, die sich mit „induziertem Irresein‟ befasst haben (siehe vor allem in neuster Zeit Ch. Scharfetter (Lit. 16), wo auch die einschlägige Literatur zu finden ist) betonen, dass eine derartige psychische Ansteckung nur zwischen Partnern vorkommt, die in enger, symbiotischer Verbundenheit miteinander leben. Auch dann aber könne im vorher gesunden Partner vom urspünglich psychotischen Patienten sein Wahn nur „induziert‟ werden, wenn der erstere selbst Träger einer genetischen Bereitschaft zu derselben Psychosenform sei.

In unserem Falle sind wohl beide diese Bedingungen erfüllt: Die betroffenen Geschwister, zusammen mit ihrem Onkel mütterlicherseits, bildeten in der ohnehin eng zusammenhaltenden Familie eine gefühlsmässig noch stärker verbundene Gruppe, in der es sogar üblich war, sich gegenseitig die Träume zu erzählen. Offensichtlich hatten sie ähnliche Erbanlagen, und zwar vermutlich von Seiten der Mutter her, d.h. der Schwester des ebenfalls betroffenen Onkels. Darauf wies nicht nur die etwas ungewöhnliche Farbe der Augen hin, sondern auch die Tatsache, dass in den folgenden fünf Jahren Amin einmal mit einer typischen endogenen Depression in unser Spital eingewiesen wurde und Sundari mehrmals in periodisch auftretenden manischen Phasen hospitalisiert werden musste. Beim jüngeren Bruder Akbar, der sich damals bei der „Opferszene‟ nur wenig beteiligt hatte, waren immer wieder auftretende unbestimmte körperliche Beschwerden wohl als Somatisierung depressiver Tendenzen, also, wie man heutzutage sagt, als „maskierte Depression‟ aufzufassen. Mit ihm blieben wir übrigens am längsten in Kontakt, da er immer wieder zu uns zurückkehrte, um Hilfe für seine Beschwerden und die inzwischen akut gewordene finanzielle Not der Familie zu suchen.

Dass Fatima ebenfalls, bereits in früher Jugend und dann wieder nach dem Tode des ersten Kindes, eine maniforme Psychose durchmachte, ist bereits berichtet worden.

Leider ist uns nicht genau bekannt, in welchem Masse in der Familie durch Inzucht gewisse erbliche Eigenschaften verstärkt und angehäuft worden waren. Wie bereits früher berichtet, ist es unter den Mohammedanern üblich, Vettern und Basen, sogar ersten Grades, miteinander zu verheiraten. Dies war

vermutlich auch in dieser Familie der Fall. Mangels genauer Information konnte jedoch dieser Aspekt im „Stammbaum“ auf S. 133 nicht berücksichtigt werden.

Was in unserem Falle nicht mit der mir zur Verfügung stehenden Literatur übereinstimmt, ist die Tatsache, dass die nicht induzierten psychotischen Phasen der vier Familienglieder, die wir beobachten konnten, alle ziemlich eindeutig affektiver Natur waren, also zum manisch-depressiven Irresein gehörten. Gemäss der wissenschaftlichen Literatur sind es jedoch Psychosen des schizophrenen Formenkreises, die sich so durch Induktion auf nahe verbundene Partner übertragen lassen. Könnte es vielleicht sein, dass in einer analphabetischen Grossfamilie, in welcher auch normalerweise sehr starke empathische Verbundenheit herrscht, es nicht Gedanken und Ideen sind, die vor allem übertragen werden, sondern vielmehr Gefühle und Stimmungen? Dass also in einem derartigen Milieu auch, oder vielleicht sogar ganz besonders, Psychoseformen, die mehr Gefühle und Gestimmtheit als das Denken betreffen, sich dazu eignen, induziert zu werden?

Verrückt oder verzückt?

Gleich zu Anfang habe ich darauf hingewiesen, dass verschiedene in Indien gebräuchliche Ausdrücke für „verrückt“ ursprünglich eine göttliche Inspiration oder ekstatische „Trunkenheit“ bedeuten und zum Teil auch heute noch in diesem Sinne verwendet werden. Die im vorangehenden Kapitel dargebotene Geschichte des induzierten Irreseins in einer Kashmiri Bauernfamilie hat bereits illustriert, wie sehr religiöse Elemente in ein psychotisches Geschehen hineinspielen können. Wo ist dann die Grenze zu ziehen zwischen dem, was man rechtmässig als „geistesgestört“ bezeichnen darf und gewissen ähnlichen Phänomenen, die jedoch innerhalb einer religiösen Lehre oder Gemeinschaft als positiv zu bewertende Ausnahmezustände, also als Manifestation einer besonderen Gottesnähe oder gar des „heiligen Geistes“ gelten? Kurz gesagt: Wie kann man unterscheiden zwischen „verrückt“ und „verzückt“?

Dies ist schwer zu sagen, besonders innerhalb eines Kulturkreises, in welchem religiöse Lehren und Kultformen sehr fern sind vom Grade der Nüchternheit, die man im Westen, wenigstens in den nördlichen Regionen, zu finden gewohnt ist. Man spricht auf deutsch so leichthin davon, dass etwas, z.B. eine Krankheit, „vorkommt". Wollte man diesen Ausdruck möglichst sinngemäss ins Englische übertragen, so würde man wohl die Wendung „something is thrown into the foreground" benützen, also: „es wird etwas in den Vordergrund geworfen". Nun beginnt man zu verstehen: Soll etwas im eigentlichen Sinne „vorkommen", so muss es sich von einem kontrastierenden Hintergrund abheben! In diesem Sinne haben auch psychiatrische Symptome und Krankheitsformen eine gewisse Relativität. Vor allem aber hängt die Bewertung all jener Verhaltensabweichungen, in denen religiöse Elemente eine Rolle spielen, sehr davon ab, auf welchem Hintergrund allgemein akzeptierter Dogmen und Kultformen sie sich abspielen und auf Grund welcher Voraussetzungen sie beurteilt werden.

Insbesondere der Hinduismus ist ungeheuer reich an zum Teil gänzlich verschiedenen Möglichkeiten, sich dem ewigen Einen anzunähern und es in einer seiner mannigfaltigen Formen zu verehren. Nicht einmal innerhalb einer Familie findet man immer eine für alle verbindliche Form des religiösen Lebens. Es steht jedem frei, gemäss seinem Alter, seinem Temperament, seiner geistigen Reife und vielleicht gemäss den Anweisungen eines „guru", d.h. eines geistlichen Lehrers, die ihm zusagenden Lehren und Rituale zu wählen und auszuüben.

Der Islam ist bedeutend starrer in bezug auf Dogmen und religiöse Pflichten. Besonders in Kashmir jedoch besteht, neben der Beachtung der allgemeinen Vorschriften, also vor allem dem fünfmaligen täglichen Gebet und dem Einhalten der Fastenzeit, auch für wenig gebildete Leute die Möglichkeit, sich durch die „weisen Ältesten", die „Pīr", auf individuelle Weise im Verfolgen eines geistlichen Zieles leiten zu lassen. Die dabei empfohlenen Übungen gleichen in mancher Beziehung hinduistischen Yoga-Praktiken. Sie zielen ebenfalls auf eine Versenkung nach innen, die wenn möglich durch ein mystisches Erleben, also eine „Verzückung", z.B. in Form des „Erblickens des

Lichtes" gekrönt sein soll.

Neben den meist recht besonnenen, würdevollen „Pīr", deren Rolle, wie bereits erwähnt, nur in gewissen Familien vererbt wird und die auch meistens nicht zu berauschenden Drogen greifen, um einen Trance-Zustand herbei zu führen, gibt es jedoch noch allerlei andere, weniger konventionelle Heilige und Heiler, die man „Faqir" oder „Dervish" nennt. Unter diesen findet man nun, viel eher als unter den traditionellen „Pīr", eigenartige Typen, die auf oder sogar jenseits der Grenze dessen stehen, was man im klinisch-psychiatrischen Sinne noch „normal" nennen dürfte. Ich habe es selbst erlebt, dass offensichtlich Geisteskranke, die sich kaum mehr an irgendwelche Regeln menschlichen Zusammenlebens hielten, von ihrer Umgebung als „Heilige" verehrt und in allerlei Angelegenheiten um Rat gefragt wurden.

So weilte zum Beispiel in unserem Spital schon seit Jahren der stämmige, behäbig gerundete Ahmed. Er mochte 50 – 55 jährig sein und hatte noch Angehörige, die ihn oft wieder für einige Zeit zu sich nahmen. Sein rundes Pyknikergesicht sah meist etwas blöd gelangweilt oder mindestens geistesabwesend aus. Er konnte jedoch bei Gelegenheit eine recht lebhafte Mimik aufweisen, von strahlender Heiterkeit bis zu erschreckendem Groll und Ärger. Um die Spitalordnung kümmerte er sich kaum. Er schlief wo er wollte, nahm sich Essen, wann und wo es ihm passte, wenn möglich gleich in der Küche, noch bevor es völlig bereit war. Hie und da erlaubte er sich Eskapaden in die Nachbarschaft, von denen er jedoch meist nach kurzer Zeit von selbst wieder zurückkehrte.Als besonderes Kunststück verschlang er oft vor unseren Augen alles, was ihm in die Hände fiel, nicht nur Papierfetzen, sondern auch Nägel. War er irgendwo in der Nähe, so musste man, vor allem am Epileptikertag, mit dem Austeilen der Medikamente sehr auf der Hut sein. Ahmed konnte sich blitzschnell nähern und, bevor man wusste, was geschah, hatte er eine Handvoll Tabletten erwischt, die dann sofort in seinem grossen Mund verschwanden. Auch dafür hatte er offenbar eine erstaunliche Toleranz. Ich erlebte es nur einmal, dass ich gerufen wurde, weil er aus einem langen „Schlaf" zur Unzeit, also während des Tages, nicht mehr weckbar war.

Mit den übrigen Patienten gab er sich kaum ab oder dann nur in sehr

unberechenbarer Weise; hingegen versuchte er, den Ärzten und Angestellten allerlei Schabernack zu spielen. Wenn man irgendwo in einem offen gelassenen Bureau bei der Rückkehr alles in bunter, grotesker Unordnung antraf, so hatte vermutlich Ahmed sich dort zu schaffen gemacht. Ich fand während einiger Zeit fast täglich das Hängeschloss an der Türe meines Amtsraumes verstopft. Zuerst waren es nur Papierfetzlein, die in das Schlüsselloch gesteckt worden waren; dann jedoch musste ich lernen, mit beträchtlich grösserer Mühe Stecknadeln daraus zu entfernen. Stellte man ihn wegen derartiger Streiche zur Rede, so sah er einen mit ernstem, durchdringendem Blick so bedeutungsvoll an, dass man sich wirklich gezwungen fühlte, darüber nachzudenken, was für eine nützliche Lehre er einem wohl auf diese Art zukommen lassen wollte.

Nicht nur bei vielen unserer Angestellten, sondern auch bei den Nachbarn galt dieser eigenartige Mann als geachteter „Dervish". Man kam, um sich bei ihm Rat in allerlei Lebenslagen zu holen oder gelegentlich lieh man ihn aus als willkommenen Gast und Schutzpatron für festliche Anlässe. Soviel ich feststellen konnte, murmelte er bei solchen Gelegenheiten lediglich mit feierlicher Miene ein paar ganz unverständliche Sprüche vor sich hin - so was man in psychiatrischer Terminologie einen „Wortsalat" nennen würde. Diese wurden aber von seinen Verehrern als bedeutungsvolle Orakel hoch geschätzt.

Es ist anzunehmen, dass es in Kashmir, besonders in den Dörfern oder unterwegs auf den Landstrassen noch viele derartige merkwürdige „Heilige" gibt. Dass gerade dieser eigentlich recht liebenswürdige Ahmed in der psychiatrischen Klinik gelandet war, hängt wohl damit zusammen, dass er manchmal, wenn seine oft sehr absurden Wünsche nicht sofort befriedigt wurden, in Erregung geriet und dann, da er körperlich kräftig war, einigen Schaden anrichten konnte.

Hie und da wurden auch andere ähnliche Figuren vorübergehend bei uns eingewiesen, meist durch die Polizei. Auch in diesen Fällen waren es nicht irgendwelche unvernünftige oder gar gefährliche Lehren, die sie verbreiteten oder ihre ungeregelte Lebensweise, welche der Polizei Anlass zum Eingreifen gegeben hatte, sondern meist irgendeine Szene, in welcher sie sich in Ärger

und Entrüstung oder einfach in heiligem Eifer hatten zu Gewalttätigkeiten hinreissen lassen.

Da war zum Beispiel der sogenannte „Slacks-Pīr", ein eher zart gebauter, kleiner Mann mit rötlich gefärbtem Haar und Bart - das Privileg desjenigen, der die Pilgerfahrt nach Mekka hinter sich hat. Er trug immer grüne Gewänder, die Farbe des Islam. Seinen Namen hatte er dadurch verdient, dass sein besonderes Missfallen der Modernisierung weiblicher Bekleidung galt. Er predigte Züchtigkeit, ermahnte die jungen Mädchen und Frauen dazu, weiterhin die „burqa", den alles verhüllenden „Schleier" zu tragen, und regte sich masslos auf, wenn er eine emanzipierte junge Dame in „slacks" also Hosen nach männlicher Art, sah. Ich lernte ihn als sehr feinfühligen und sich ernstlich um sein ewiges Heil bemühenden Menschen kennen.

Ob man solche Typen dann wirklich als „geisteskrank" oder lediglich als Fanatiker bezeichnen möchte, hängt weitgehend davon ab, ob es in der Bevölkerung noch Kreise oder auch nur kleine Gruppen gibt, welche den Glauben an die für den „Patienten" massgebende „Wirklichkeit" teilen und sie so zu einer „gemeinsamen Wirklichkeit" - auf englisch würde man sagen „a shared belief" - stempeln. Man muss bei solchen Beurteilungen besonders als Ausländer sehr vorsichtig sein. Zu Beginn meiner psychiatrischen Tätigkeit in Indien passierte es mir gelegentlich, dass ich irgendeine mir selbst als sehr ausgefallen oder gar unmöglich vorkommende Behauptung eines Patienten sofort als „Wahnidee" abtun wollte und erst später merkte, dass er sich damit in seiner Umgebung durchaus „in guter Gesellschaft" befand.

Die Tatsache, dass man in Indien auch mit sehr phantastischen Ideen und Erlebnissen, vor allem religiöser Art, sich immer noch im irrationalen Bezirk einer auch von andern geteilten „gemeinsamen Welt" bewegen kann, ist wohl mindestens zum Teil dafür verantwortlich, dass auch Schizophrene kein Bedürfnis haben, ihre Symptome ängstlich verborgen zu halten. So findet man bei ihnen viel weniger Geheimtuerei, jedoch auch weniger emotionelle Verschlossenheit und Verblödung als man dies in ähnlichen Fällen im Westen erwarten würde.

In religiöser Hinsicht wirklich bedeutende und führende Menschen sahen

wir eigentlich relativ selten als Patienten, mindestens nicht als solche, die hospitalisiert werden mussten. Zwei sehr bemerkenswerte Fälle, beides mohammedanische „Pīr“, über die noch eingehend zu berichten sein wird (Kapitel 15), waren mir nicht als Patienten zur Behandlung, sondern als Untersuchungsgefangene zur Begutachtung zugewiesen worden. Zu einer Zeit, in welcher der offiziell propagierte Säkularismus im öffentlichen Leben mehr und mehr zunimmt und sich die Menschen den vom Westen her verführerisch dargebotenen materiellen Werten zuwenden, haben aber zweifellos auch Priester und „Heilige“, sowohl Hindus als Mohammedaner, oft ihre Probleme und Konflikte. Auch wenn diese zu Beschwerden führen, dürfte es kaum nötig sein, dafür westlich ausgebildete Psychiater zu konsultieren. Es gibt traditionelle Heilmethoden - bei den Hindus die ayurvedische Schule, bei den Mohammedanern die Unāni-Medizin -, bei denen man innerhalb der eigenen Ideologie Hilfe suchen kann. Ausserdem habe ich den Verdacht, dass gerade bei solchen Menschen, deren Prestige darauf beruht, über hoch entwickelte oder gar übernatürliche geistige Kräfte zu verfügen, irgendwelche Konflikte sich eher in Form psychosomatischer Erscheinungen als in geistigen Störungen manifestieren. Auf jeden Fall waren unter den mir bekannten Hindus, die im Ruf grosser Heiligkeit standen, mehrere Diabetiker. Was wir jedoch mit der Zeit recht häufig zu sehen bekamen, waren die frustrierten Ehefrauen und die rebellischen Kinder von religiösen Führern, die sich allzu sehr ihrer hohen Aufgabe widmeten und darüber die Bedürfnisse ihrer eigenen Angehörigen vergassen.

Wie steht es jedoch mit den Schülern dieser oft fanatischen religiösen Lehrer? Die Geschichte des „Opfers“ (Kapitel 12) hat uns bereits gezeigt, dass es im Verlauf einer solchen „Lehre“ zu Entgleisungen kommen kann. Es ist dies übrigens eine Frage, die besonders auch im Westen interessieren mag, wo schon damals manch junger Mensch mit recht wenig Unterscheidungskraft und oft grosser Unreife sich auf einen östlichen Weg spiritueller Entwicklung begab und dabei gelegentlich auch einem „guru“ in die Hände fallen konnte, der ihn nicht mit der nötigen Weisheit und Sorgfalt zu lenken wusste.

Auf die Gefahren, die einem drohen, wenn man vorzeitig, also ohne die

dafür nötige Reife, und ohne die Führung eines bewährten Lehrers sich mit Yoga, Meditation und ähnlichen spirituellen Disziplinen abgibt, weisen nicht nur bereits die alten indischen Schriften hin, sondern auch westliche Mystiker, und in neuerer Zeit nicht nur geistliche* Lehrer selbst, sondern auch wissenschaftliche Forscher.

Einer der radikalsten Vertreter der Ansicht, dass geistige Störungen die Folge einer verfrühten Anregung spiritueller Kräfte sein können oder gar fast ohne Ausnahme sind, ist Pandit Gopi Krishna*, ein Kashmiri Hindu, dessen Schriften auch im Westen, z.T. auf deutsch übersetzt, weit verbreitet sind. (Lit. 4 und 5) Er ist ein Vertreter der sogenannten „Kundalīni-Lehre", die besagt, dass in jedem Menschen, ähnlich einer in sich zusammen gerollten Schlange (deshalb „Kundalīni", was eigentlich „Knäuel", „etwas Zusammengerolltes" heisst), am untersten Ende des Wirbelkanals geistliche Kräfte schlummern. Durch geeignete Übungen, in besonderen Fällen auch spontan, können sie zum Aufstieg durch die sieben feinst-stofflichen Energiezentren im Körper, die sogenannten „chakra", angeregt werden. Dabei findet dann eine Wandlung des betreffenden Menschen, nicht nur in geistiger und geistlicher Hinsicht, sondern auch in bezug auf gewisse körperliche Funktionen statt. Nach alten Schriften ist dies der Weg zu ekstatisch-mystischem Erleben, unter Umständen zum Erwerben übernatürlicher Kräfte, aber auch zur Vereinigung mit dem ursprünglichen und letzten, höchsten „Einen".

Pandit Gopi Krishna drückt sich in dieser Beziehung allerdings etwas vorsichtiger und nüchterner aus: Für ihn ist der Aufstieg dieser Kräfte dazu bestimmt, im Gehirn auch bei gewöhnlichen Sterblichen latent bereit liegende Potentiale zu aktivieren und so den dazu gereiften Menschen auf eine höhere, umfassendere Stufe des Bewusstseins, also auf den Entwicklungsstand der Zukunft, zu befördern. Angesichts der kritischen, ja fast hoffnungslosen Lage der heutigen Welt war es ihm ein dringendes Anliegen, das Wissen um diese verborgenen Kräfte und die Technik zu ihrer Aktivierung zu fördern, da er darin die einzige Möglichkeit sah, um die Menschheit von einer ungeheuren Katastrophe zu bewahren. Er beschreibt in seinem ersten Buch (Lit. 3), wie er selbst jahrelang unter schweren Störungen seines körperlichen und

psychischen Wohlbefindens zu leiden hatte (die man wohl psychiatrisch am ehesten als Phasen einer manisch-depressiven Krankheit bezeichnen würde), bis er schliesslich merkte, worum es ging und ihm der Durchbruch zu früher nie geahnten Fähigkeiten und Einsichten gelang.

Diesen bedeutenden, allerdings auch umstrittenen Mann lernte ich in Kashmir kennen. Natürlich kam es beim Zusammensein mit ihm oft zu Diskussionen, vor allem über die psychiatrischen Fragen, die er durch seine Lehren aufgeworfen hatte. Ich selber hatte mich unter der Obhut eines zuverlässigen Kashmiri „guru" in Yoga-Übungen eingelassen. Meine persönliche Erfahrung liess mich vermuten, dass die dabei oft ganz unerwartet auftretenden und z.T. recht handgreiflichen körperlichen und geistigen Phänomene für einen ungenügend beratenen und überwachten Adepten oder gar einen uneingeweihten Alleingänger recht alarmierend sein und unter Umständen zu Angst, geistiger Verwirrung oder psychosomatischen Störungen führen könnten. Allerdings hatte ich meine grossen Zweifel an der allzu apodiktischen Art, in der Pandit Gopi Krishna sozusagen alle psychiatrischen Störungen mit derartigen fehlgeleiteten oder verfrühten Versuchen, geistige Kräfte zum Aufstieg anzuregen, in Zusammenhang bringen wollte. Immerhin begann ich, unter meinen Patienten nachzuforschen, ob vielleicht gelegentlich gewisse verdächtige Symptome mit geistlichen Übungen in Zusammenhang stehen könnten.

Mir selbst schien, man sollte einen derartigen Zusammenhang - falls man ihn überhaupt annehmen wollte - in zwei Richtungen prüfen: Erstens könnte es tatsächlich so sein, wie Pandit Gopi Krishna dies behauptet, dass eine vorzeitige und unvorsichtige Aktivierung der in der „Kundalīni" schlummernden Kräfte in einem dafür noch unreifen Körper und vor allem Gehirn zu einer Unordnung, ja geradezu einer „Vergiftung" führt. Andererseits jedoch argumentierte ich wie folgt: Sind tatsächlich in jedem Menschen derart wirksame Potentiale latent vorhanden, so muss unbedingt dafür gesorgt sein, dass sie dicht abgeschirmt sind und der Organismus vor ihrer vorzeitigen Anregung oder gar ihrem Ausbrechen gut geschützt ist. Solche Schutzvorrichtungen bestehen dann wohl einerseits in verschiedenen

bergenden Beziehungen und Einrichtungen der menschlichen Umgebung, die dafür sorgen, dass ein junger Mensch nicht allzu früh und allzu direkt mit bestimmten letzten Wahrheiten und erschütternden Erlebnissen in Berührung kommt; andererseits aber gibt es vermutlich biologische „Filter", welche innerhalb des Körpers ein vorzeitiges Einfliessen solcher Kräfte und Substanzen in den Organismus verhindern.

Wie jedoch, wenn durch körperliche oder auch psychische Krankheit oder durch schwerwiegende Geschehnisse in der Umgebung dieses Schutzsystem geschädigt wird? Dann könnte also eine geistige Erkrankung nicht nur die Folge eines vorzeitigen Durchbrechens solcher Kräfte sein, sondern im Gegenteil auch ihrerseits dazu Anlass geben. Man kann sich leicht vorstellen, dass dann unter Umständen ein gegenseitiges Sich-Verstärken dieser beiden Möglichkeiten, also ein eigentlicher „Circulus vitiosus" zustande kommen mag. Als Zwischenstation in diesem Teufelskreis kann man sich ferner noch eine weitere Situation vorstellen: es kann ein Mensch durch die Wirkung der so oder so ausgelösten spirituellen Entwicklung in seiner Umgebung und seiner bisherigen Rolle und Funktion innerhalb derselben in Konflikt geraten und so noch vermehrter Angst und Verwirrung zum Opfer fallen. Hat man also in einem klinischen Fall Verdacht auf einen Zusammenhang zwischen psychiatrischen Störungen und der Erweckung spiritueller Kräfte, so wird es meist sehr schwierig, wenn nicht gar unmöglich sein, genau festzustellen, welches nun der primär auslösende Faktor gewesen sein mag.

Ich nahm mir die Mühe, unter Einbeziehung von 14 Krankengeschichten, die ich schliesslich sammeln konnte, eine ausführliche Arbeit zu verfassen. Im vorliegenden Zusammenhang würde es zu weit führen, eingehend darüber zu berichten. Ich möchte nur das gesammelte Material kurz charakterisieren und dann zur Illustration jeder der soeben skizzierten Möglichkeiten je eine Krankengeschichte anführen. Diese sollen, ganz abgesehen von dieser besonderen Bedeutung, auch das Mosaik des bereits Dargebotenen noch etwas bunter gestalten und das Verständnis für die Probleme unserer Patienten fördern.

Aus meinem Material konnte ich schliessen, dass die Wahrscheinlichkeit,

solche Fälle im Krankengut einer psychiatrischen Poliklinik zu finden, bestenfalls 1:100, im ungünstigsten Falle ungefähr 1:400 sein mag.

In bezug auf die demographischen Merkmale, wie Alter, Zivilstand, Bildungsstand, Beruf etc., sind die von mir beschriebenen Fälle sehr verschiedenartig. Das Alter der Patienten zur Zeit der ersten Konsultation liegt zwischen 16 und 53 Jahren. Nur zwei der 14 Patienten sind weiblich. Die Mehrzahl von ihnen wohnten in der Stadt selbst. Im Gegensatz zur Verteilung in der Bevölkerung und auch in unserem Krankengut, wo die Mohammedaner um die 85 % betragen, stammt die Mehrzahl dieser Fälle aus Hindu-Familien und nur 5 von ihnen sind Muslims. Punkto Bildungsstand findet man alle Stufen vom Analphabeten bis zum Akademiker. Was die Stellung der betreffenden Patienten unter ihren Geschwistern anbetrifft, so stellt man ein deutliches Vorwiegen ältester Kinder, insbesondere ältester Söhne, fest. Die Hälfte der Patienten waren verheiratet, von den übrigen einer verwitwet, einer getrennt lebend und fünf unverheiratet. Was die psychiatrische Diagnose anbetrifft, die nicht immer leicht zu präzisieren war, so wies die Hälfte der Patienten neurotische oder reaktive Störungen auf, während bei der anderen Hälfte, wenigstens vorübergehend, psychotische Zustände beobachtet worden waren.Massgebend für die Zuordnung in diese Serie war einerseits, dass die Beschwerden, für die uns der Patient konsultierte oder die er im Verlauf der Untersuchung bekannt gab, Phänomene waren, die beim „Aufsteigen der Kundalīni" bekannterweise vorkommen. Andererseits musste ein psychiatrisches Syndrom sich in engem zeitlichem Zusammenhang mit dem Sicheinlassen in spirituelle Übungen oder ein anders geartetes eindrückliches Erlebnis spiritueller Art entwickelt haben. In gewissen Fällen waren sogar beide diese Kriterien erfüllt.

Als Beispiel eines Menschen, bei dem man wohl ein allzu frühes und unüberwachtes Sichbeschäftigen mit Yoga-Übungen als primäre Ursache einer psychischen Störung annehmen darf, möge der folgende Fall gelten:

Ein 25-jähriger unverheirateter Mann, der jüngste von drei Söhnen einer gebildeten Kashmiri-Brahmin Familie, die sich jedoch in einem andern Teil Indiens niedergelassen hatte, suchte mich von sich aus auf, während er in

Srinagar in den Ferien weilte. Er war zart gebaut und sah etwas ängstlich aus. Seine Beschwerden schilderte er wie folgt: Traurigkeit, Mangel an Konzentration und Interesse bei der Arbeit, Selbstmordgedanken, alles mit gewissen freien Intervallen in den letzten zwei Jahren vorhanden, jedoch deutlich verstärkt in den letzten drei Monaten. In der fernen Stadt, wo er als Bankangestellter arbeitete, hatte er sich bereits einer psychiatrischen Behandlung unterzogen, jedoch ohne Erfolg.

Als ich ihn bei der eingehenden Exploration nach seinem Schlaf fragte, gab er eine Auskunft, welche mich sofort das Beteiligtsein einer spirituellen Entwicklung vermuten liess. Er berichtete, dass er jeweils kurz vor dem Einschlafen „Stimmen höre‟ und „auf seinem Kopf ein ungeheures Gewicht verspüre‟. Die „Stimmen‟, die er als aus seinem eigenen Innern kommend erlebte, die also nicht den Charakter eigentlicher Halluzinationen hatten, tönten „wie das Läuten einer Glocke‟. Er beschrieb auch einen „elektrischen Strom‟, welcher zu seiner Scheitelgegend aufsteige und dann das bereits genannte Gefühl des ungeheuren Gewichtes im Kopfe bewirke, „wie wenn etwas nächstens auseinander bersten könnte‟. In letzter Zeit habe er ausserdem noch ein Gefühl gehabt, als ob „Kreise‟ oder „Ringe‟ sich um seinen Kopf schliessen würden, und zwar mehr auf der rechten Seite.

Als ich mich danach erkundigte, ob er irgendwelche spirituellen Übungen unternommen habe, bekam ich folgende Geschichte zu hören: Der junge Mann hatte von sich aus, ohne „guru‟, nur gerade aufgrund dessen, was er in Büchern gelesen hatte, begonnen zu meditieren und seinen Atem zu kontrollieren. Anfänglich fühlte er sich dadurch erfrischt und gekräftigt. Nach einiger Zeit jedoch zeigten sich die eben beschriebenen unangenehmen Erscheinungen - die unter guter Führung gar nicht hätten beunruhigend oder sogar bedrohlich sein müssen! Daraufhin liess er dann seine Übungen bleiben.

Obwohl auf den ersten Blick dies ein ziemlich klares Beispiel für die ungünstigen Folgen unüberwachter Yoga-Übungen zu sein scheint, kann man doch vermuten, dass zur Zeit, als der junge Mann mich konsultierte, bereits ein „Circulus vitiosus‟ eingesetzt hatte: Er selbst gab für die Verschlimmerung, die er in den letzten drei Monaten verspürt hatte, einer Versetzung in seinem Beruf

die Schuld. Erstmals musste er weit weg vom Elternhaus in einer Herberge wohnen. Diese neue Lage stürzte ihn, der bisher daheim der verwöhnte Jüngste gewesen war, so sehr in Depression, dass er einmal einen Suizidversuch beging.

Vermutlich hatte diese neue, ungewohnte Situation noch zusätzlich Schutzhüllen entfernt, welche nötig gewesen wären, um diesen feinfühligen jungen Menschen davor zu bewahren, den Aufstieg der Kräfte, die er durch seine unüberwachten Übungen angeregt hatte, als störend und bedrohlich zu erleben. Ausserdem spielte auch die von mir als dritte genannte Möglichkeit eine Rolle: Die resultierende Geistesabwesenheit und der Mangel an Konzentration hinderten ihn daran, an einem Ausbildungskurs für einen höheren Posten in der Bank teilzunehmen; ja, er hatte sogar eine ihm angebotene Beförderung abgelehnt, weil er sich der vermehrten Verantwortung nicht gewachsen fühlte. Dieses Versagen untergrub natürlich sein Selbstvertrauen und bewirkte Schuldgefühle.

Ich konnte den Patienten, der sich ja nur während einer kurzen Ferienzeit bei mir gemeldet hatte, nur einmal sehen. Er schrieb mir jedoch in der Folge mehrmals. Mein Verständnis und meine Ratschläge hatten ihm offenbar geholfen, und es gelang ihm, das seelische Gleichgewicht wieder zu finden.

Einen Zusammenhang in umgekehrter Richtung, also ein Durchlässigwerden der normalerweise die „Kundalīni-Kräfte" abschirmenden Schutzvorrichtungen unter dem Einfluss einer primären Geisteskrankheit, darf man wohl im folgenden Falle annehmen:

Die Geschichte dieses 42-jährigen analphabetischen mohammedanischen Bauern aus einem weit entlegenen Dorfe hatte bereits 1971, also bevor ich Pandit Gopi Krishna kennen gelernt hatte, in mir den Verdacht erweckt, man könnte vielleicht bei psychiatrischen Patienten Anzeichen finden für einen Zusammenhang zwischen der Entfaltung spiritueller Kräfte einerseits und einer psychischen Störung andererseits. Der Mann, nennen wir ihn Shabir, dessen feingeschnittenes, sensibles Gesicht seltsam mit seiner unsauberen und schäbigen Kleidung und seinen unordentlichen Bartstoppeln kontrastierte, wurde uns von zwei Angehörigen gebracht. Sie berichteten, er führe sich in

nicht mehr erträglicher Weise merkwürdig auf.

Er konnte selbst Auskunft geben, wenn auch in gereiztem, brummigem Ton und von Zeit zu Zeit von tiefen Seufzern unterbrochen. Er gab zu, dass er in den letzten neun Monaten öfters durch Anfälle von Aggressivität überwältigt worden sei. Um diese zu vermeiden, sei er nachts oft singend und seufzend umhergeirrt. Er beschrieb seine Stimmung als reizbar und deprimiert. Zeitweise dachte er sogar an Selbstmord und gelegentlich schlug er den Kopf gegen eine Wand. Er erwähnte, er habe an ähnlichen Zuständen schon während der letzten 20 - 30 Jahre, also seit der Jugend, zeitweise gelitten und bereits vor acht Jahren sei er an unserem Spital mit Elektroschock behandelt worden.

Auf meine Erkundigung nach der Familiengeschichte erhielt ich folgende Auskunft: Shabirs Vater war vor 6 - 7 Jahren plötzlich an einem Herzversagen gestorben. Seine Mutter lebte noch. Er selbst war der zweite von fünf Geschwistern - 2 Schwestern, 2 Brüder, beide jünger als er. Seine Frau, mit der er eine gute Beziehung hatte, war vor 5 Jahren gestorben. Von den 4 Kindern lebte nur noch ein siebenjähriger Knabe. Den Verlust seiner Frau und der drei Kinder, alles innerhalb der letzten paar Jahre, machte er verantwortlich für seine gegenwärtigen psychischen Störungen. Irgendwie entsprach dieser Mann nicht dem gewohnten Typ eines Bauern seiner Altersgruppe. Er hatte sich wohl in eine individuelle Entwicklung vorgewagt oder war vielleicht in eine solche hineingestossen worden, in der er dann halbwegs stecken blieb. Was ich von ihm erfuhr, möchte ich so wörtlich als möglich gemäss meinen Notizen wiedergeben:

Auf meine Frage, was er denn für Gedanken habe, erwähnt er zuerst seine Suizid-Ideen. Dann frage ich, wie ich es mir bereits damals zur Gewohnheit gemacht hatte, nach seinen religiösen Gepflogenheiten. Darauf antwortet er, er habe es seiner Krankheit wegen aufgegeben, das regelmässige Gebet zu verrichten. Spontan fügt er bei, er habe in seinem Leben nicht viel Glückliches erlebt, da ja seine Frau und drei Kinder gestorben seien. Als ich ihn dann nach den „bösen Träumen" frage, die er gleich zu Beginn der Unterredung erwähnt hat, erklärt er, dass diese auch tagsüber auftreten; es

handelt sich also vermutlich um „Halluzinationen“ oder „Visionen“.

Zum Zeitpunkt zurück gehend, zu welchem seine Erkrankung ihren Anfang genommen hatte, also wohl in früher Jugend, erzählt er mir dann von einem Erlebnis, welches einerseits sehr erschreckend gewesen sei, andererseits aber auch so faszinierend, dass er viele Jahre später sich noch genau daran erinnern kann. In seiner einfachen Sprache schildert er, dass damals die Sonne vom Himmel herunter kam, durch seinen Mund einging und dann durch die Kehle wieder heraus kam. Er berichtete dies einem „Pīr“, konnte aber offenbar von ihm keine wirksame Hilfe oder beruhigende Erklärung erhalten. Obwohl er in jenem jungen Alter sich gegen eine Heirat wehrte, mit der Begründung, seine Gesundheit sei nicht kräftig genug, musste er sich der Verheiratung durch die Eltern fügen. Er war sexuell nie besonders leistungsfähig, brachte es aber doch fertig, Kinder zu zeugen.

Dann erzählt er einen anderen „Traum“, oder wohl vielmehr eine „Pseudo-Halluzination“ oder „Vision“, in welcher er eine weibliche Figur sah, in weisse Gewänder gekleidet, wie die eines Mannes, und auf einem Pferde reitend. An diesem Punkt weigert er sich, weiter zu reden, nachdem er schon vorher etliche Male sehr gezögert hat. Er deutet nur an, dass ich ja selber erraten könne, was dies gewesen sei. Ich frage ihn dann, ob er hie und da merkwürdige Stimmen höre. Er sagt „ja“, weigert sich jedoch wiederum, darüber genauer Auskunft zu geben. Es scheint, als habe ihm mein Interesse und mein bereitwilliges Verständnis den Eindruck gegeben, ich könne ohnehin, auch ohne ein Erzählen seinerseits, alles wissen oder erraten.

Da ich nun herausfinden möchte, ob er an den für schizophrene Patienten typischen Gefühlen der Passivität und Machtlosigkeit leide, und gleichzeitig versuchen, ihm mein Verständnis seiner Erlebnisse anzubieten, frage ich: „Ist es vielleicht so, dass Sie sich „schwach“ fühlen, nicht mehr Meister über sich selbst, nicht mehr fähig, über die Dinge frei zu verfügen und von ihnen Distanz zu halten?“ Darauf antwortet er „ja“ und fügt hinzu, dass tatsächlich die Welt für ihn gefährlich geworden sei. Auf meine weitere Erkundigung hin erklärt er, dass gewisse „Stimmen“ ihn nachts dazu aufforderten, aus dem Bett zu steigen und ihn „ein Vieh“ nannten. Er gab zu,

er habe die Gewissheit verloren, über die Dinge irgendwelche Kontrolle auszuüben. In psychologischer Terminologie könnte man feststellen [17], dass er das Bewusstsein seiner Ich-Stärke und Ich-Aktivität verloren hatte.

„Wie steht es denn gegenwärtig mit der Sonne?", frage ich nun. „Die Sonne ist nicht mehr gefährlich", antwortet er. Er könne sie sogar ohne Unterbruch 10 - 15 Minuten lang ansehen oder sogar anstarren, jedoch nur am frühen Morgen oder am Abend. Das gebe ihm Kraft. „Redet die Sonne mit Ihnen?" will ich nun wissen. Dies verneint er. Ich fordere ihn auf, eine Zeichnung der Sonne anzufertigen, so wie er sie damals vor Jahren während jenes erschütternden Erlebnisses gesehen habe. Er zeichnet einige konzentrische Kreise, von denen Strahlen ausgehen, jedoch nur von einem Sektor. „Wie steht es denn mit dem Mond?", frage ich nun, wohl wissend, dass die Mondsymbolik für einen Mohammedaner sehr viel wichtiger ist als die Sonne. Zuerst behauptet er, der Mond plage ihn nicht, um jedoch sofort beizufügen, anstatt des Mondes habe er ja jene weisse Frau auf dem Pferd gesehen. „Hat Sie das bedroht oder erschreckt?" lautet meine nächste Frage. „Sie war schön", sagt er nachdenklich, „aber manchmal wurde sie in Stücke geschnitten und dann wurde sie wieder ganz."

Jetzt zieht der Patient aus seiner Tasche ein Stück Papier, auf welchem, umgeben von einigen arabischen Schriftzeichen, das Bild eines roten Regenschirms zu sehen ist. Soviel ich sehen kann, ist es wohl eines der Partei-Symbole auf einem Propagandablatt, oder gar ein Wahlzettel für die Parlamentswahlen, die vor kurzem stattgefunden haben. Als er mir dieses Bild zeigt, meint er in bedeutungsvollem Ton, ich werde ja wohl schon wissen, was das heisse. „Bedeutet es wohl", so versuche ich zu erraten, „dass Sie Schutz und Schirm brauchen, Geborgenheit?" - „Ja", lautet die Antwort.

Während der zwei Wochen, die Shabir in unserem Spital verbrachte, erwies er sich als eine führende Figur unter den Mitpatienten, die ihn alle seiner Würde und seiner Weisheit wegen zu achten schienen. Obwohl er sich tagsüber völlig normal verhielt, blieb er nachts meist wach, laut jammernd und seine Traurigkeit und Verzweiflung oft auf ganz lyrische Weise zum Ausdruck bringend.

Ich rief ihn zu weiteren Unterredungen und zog, so oft es ging, auch einen Dolmetscher herbei, um ja nichts von den gelegentlichen Kashmiri Ausdrücken zu versäumen, mit denen sein Urdu vermischt war. Einmal erwähnte er, von den vier Pfeilern seines Herzens seien drei zerbrochen. Damit meinte er die drei verstorbenen Kinder.

Er trug weiterhin mit Vorliebe in seiner Tasche einige Papierfetzen herum, welche offenbar für ihn sehr kostbar waren. Nach einiger Zeit hatte er jedoch das Bild des Regenschirmes entweder verloren oder verschenkt. Es mag von Bedeutung sein, dass er nun, anstatt dessen, einen Prospekt eines „Psychopharmakons" mit sich trug, also einen Hinweis auf eine ganz andere, sehr moderne Art der Abschirmung! Trotzdem freute er sich doch sehr, als ich einen neuen Regenschirm für ihn zeichnete.

Als er nach zwei Wochen das Spital zu verlassen wünschte, da er sich genügend gestärkt und erholt fühlte, bot ich ihm an, er dürfe von meinem Schweizer Landschaftskalender ein Bild auswählen. Seine Wahl fiel auf ein kleines Bergdörflein, in dem ein Kirchturm aus dem eng zusammengedrängten Häuflein von steinbeschwerten Schindeldächern herausragte. Er erklärte dazu, es sei gut, eine Kirche, eine Moschee oder einen Tempel zu haben, da die Menschen sonst Gott vergessen könnten. Andererseits sei es auch nötig, etwas zu haben, das „dazwischen stehe", da es gefährlich sei, sich Gott allzu direkt und allzu völlig zu nähern.

Bemerkenswert ist, dass nicht nur ein anderer, ebenfalls mohammedanischer Patient mir später ganz ähnliche Angaben über eine von ihm als sehr numinös erlebte Vision der Sonne und des Mondes machte, sondern dass ich in einer der Veröffentlichungen des Schweizer Psychiaters und Psychotherapeuten Medard Boss (Lit. 1) einen Bericht über ein verblüffend ähnliches Erlebnis eines jungen Schweizer Fabrikarbeiters fand. Alle drei Patienten betonten, dieses Erleben sei für sie, wenn auch erschreckend, doch von ungeheuer positiver, kraftspendender Bedeutung gewesen, etwas, das man das ganze Leben hindurch als geheimen Schatz bewahre. Für sie alle bedeutete es eine Berührung mit einer letzten Wirklichkeit, mit einer „höchsten Macht, aus der alle Lebensenergie und alles Wachstum hervorgeht, die aber auch

gleichzeitig alles versengen und vernichten kann", wie sich der junge Schweizer Patient etwas gewandter als meine analphabetischen Kashmiri ausdrückte. Bei allen drei Patienten wäre es wohl falsch gewesen, dieses Erleben einfach als „gewöhnliche Halluzination" abzutun; es war für sie, um wiederum mit den Worten des jungen Schweizers zu sprechen, „etwas, das im alltäglichen Leben immer da ist, das sich aber trotzdem nicht auf eine besondere individuelle Situation bezieht", oder wie der zweite Kashmiri Patient es formulierte, „etwas Grosses, das der Mensch sonst nicht sehen kann", etwas, das einen spüren lässt, „dass es jenseits dieser Welt noch andere Dinge gibt". Für alle drei Patienten brachte dieses Erleben ein Einfliessen einer vorher ungeahnten Kraft. Diese erwies sich jedoch als bedrohlich, weil man sie nicht „halten" konnte und weil sie die Aufmerksamkeit von dieser alltäglichen Welt hinweg auf Ewiges zog, so dass man sich dann weder hier noch dort mehr daheim fühlen konnte.

Eine letzte Geschichte - man darf sie wohl kaum eine „Krankengeschichte" nennen! - soll noch illustrieren, wie ein Aspirant auf dem Wege zur geistigen Erleuchtung auch dann mit den Anforderungen des täglichen Lebens in Konflikt kommen kann, wenn seine eigene Entfaltung eigentlich recht harmonisch und auf ungefährliche Weise fortschreitet. Gleichzeitig mag dieser Bericht wieder einmal zeigen, wie gemütlich es in Kashmir auch im Verkehr mit den Behörden und staatlichen Vorschriften gelegentlich noch zugehen kann.

Als ich an einem Sommermorgen im Spitalgarten sass und, wie gewohnt, die Polikliniksitzung im Freien abhielt, versuchte ein älterer Kashmiri Pandit immer wieder mit grosser Hartnäckigkeit, ein Stück Papier unter meine Augen zu schieben. Nachdem ich ihm einige Male bedeutet hatte, er solle warten, bis die Reihe an ihm sei, warf ich schliesslich einen Blick auf das Dokument. Es handelte sich um einen Befehl der staatlichen medizinischen Untersuchungskommission, gemäss welchem der Betreffende sich bei mir zu melden hatte zwecks Beurteilung, ob bei ihm die Bedingungen für eine vorzeitige Pensionierung vom Regierungsdienst gegeben seien. Ich erklärte ihm, das sei eine Sache, der ich mehr Zeit widmen müsse als jetzt im

allgemeinen Andrang möglich sei. Er solle sich deshalb gedulden und warten, bis ich die dringendsten Fälle erledigt habe.

Als ich dann, nun durch den grauhaarigen Pandit nicht mehr gestört, mit meiner Arbeit weiterfuhr, sah ich zufällig in einer Ecke des Rasens einen „sādhu", also einen hinduistischen „heiligen Mann". In die üblichen ockerfarbenen Gewänder gehüllt, mit einer Kette aus heiligen Pflanzensamen um den Hals, bärtig und mit etwas wirrem Haar, sass er sehr ruhig mit gekreuzten Beinen, rings um sich eine Atmosphäre von Frieden und Entspannung verbreitend. Da es ja in der Nähe unseres Spitals mehrere Tempel und Pilgerherbergen gab und somit öfters wandernde Mönche sich in unseren Garten wagten, mass ich der Gegenwart dieses „sādhu" keine besondere Wichtigkeit zu.

Umso überraschter war ich dann zu finden, dass er es war, der sich mir mit dem Dokument der Untersuchungskommission näherte, als ich schliesslich den alten Pandit zu mir bat. „Aber Sie sind doch kein Patient!" rief ich erstaunt aus. Mit einem heiteren Lächeln, welches noch die Ausstrahlung von Frieden und geistiger Harmonie verstärkte, sagte er: „Wenn Sie mich einen Patienten nennen wollen, nehme ich es Ihnen nicht übel. Was macht das schon aus?" Vorerst kostete es ihn offenbar noch einige Mühe, fliessend zu sprechen, wie wenn er vielleicht ein Gelübde abgelegt hätte, sich nicht unnützem Gerede hinzugeben, also dem, was die alten indischen Schriften „viglapana", d.h. ein blosses „Zungenwedeln", nennen. Dann jedoch riss er sich in einem Akt willentlicher Entschlossenheit zusammen, um die vor ihm liegende Situation zu bewältigen, und daraufhin wurden seine Angaben ganz klar und sachlich.Er selbst hatte über keinerlei Beschwerden zu klagen. Sein Vater jedoch, eben der alte Pandit, der mich so belästigt hatte mit seinem Begehren, erwähnte, dass sein Sohn kaum je rede und oft einfach herumstreiche. Er sei seit früher Kindheit religiös gesinnt. Ein „sādhu" habe den Eltern prophezeit, dass dieser, ihr einziger Sohn, ein ganz besonderes Kind sei. Später, ungefähr im Alter von 20 Jahren, als er die Mittelschule abgeschlossen hatte und in den Polizeidienst getreten war, liess er sich, wie er nun selbst berichtete, von einem bengalischen „guru" in Yoga-Übungen einführen. Obwohl er sehr bescheiden

angab, er habe noch nicht volle Erleuchtung erreicht, konnte man an seiner Ausstrahlung fühlen, dass eine echte spirituelle Entfaltung in ihm stattgefunden hatte.

Aber was war es dann, das ihn zu einem Psychiater führte? Er erklärte, dass er, als der einzige Sohn und Unterstützer seiner alten Eltern - er habe nur noch eine jüngere Schwester -, trotz seiner Neigung zu einem rein geistlichen Leben eine Berufsarbeit auf sich nehmen musste. Es war ihm während mehrerer Jahre gelungen, seine Pflichten im Polizeidienst befriedigend zu erfüllen, auch wenn er so viel Zeit als möglich in Tempeln und anderen heiligen Stätten verbrachte. Ein Polizist, der zufällig an jenem Morgen auch im Spital zugegen war, bestätigte mir, unser Explorand sei ein sehr gewissenhafter Mann, dem jedermann unter seinen Kameraden und Vorgesetzten grosse Achtung entgegen bringe. Während der letzten zwei Jahre jedoch, so berichtete der „sādhu" weiter, habe er die irdischen Belange mehr und mehr aufgegeben, und er fühle jetzt, im Alter von 33 Jahren, dass er seinen weltlichen Posten nicht weiter versehen könne, ohne die spirituelle Verwandlung, die in ihm vorgehe, ernstlich zu gefährden. Andererseits habe er als pflichtbewusster Sohn für seine alternden Eltern zu sorgen. Den einzigen Ausweg könne er darin sehen, dass man ihm, in Anbetracht seiner 15-jährigen, treu absolvierten Dienstperiode, den vorzeitigen Rücktritt unter Gewährung einer kleinen Pension erlaube.

Zum Glück führten die „Dienstregeln", die ich nun konsultierte, lediglich aus, dass einem Regierungsangestellten, welcher nicht mehr fähig sei, seine Pflichten auszuüben, auf Empfehlung der Untersuchungskommission hin vorzeitige Pensionierung gewährt werden könne, sofern folgende Voraussetzungen erfüllt seien: Die Unfähigkeit, weiter den Dienst zu versehen, durfte nicht durch unmoralische Gewohnheiten „selbstverschuldet" sein; es durfte keine Hoffnung bestehen, den Betreffenden wieder arbeitsfähig zu machen; ferner durfte kein anderer Posten offenstehen, den zu bekleiden er immer noch imstande war. Nicht erwähnt war in dieser Vorschrift, dass diese „Unfähigkeit" durch eine Krankheit verursacht sein musste.Offensichtlich war der vor mir sitzende „sādhu" mit seiner deutlich spürbaren „Aura" von Ruhe

und Zufriedenheit nicht mehr fähig, seinen Polizeidienst zu versehen. Es wäre ausserdem falsch gewesen, seine „Unfähigkeit", sich seinen Pflichten zu widmen, „selbstverschuldet" zu nennen, hatte doch diese besondere Entwicklung als etwas Unwiderstehliches, Schicksalhaftes, schon in früher Kindheit eingesetzt. Wollte er auf diesem Pfade weitergehen, so bestand keine Aussicht, dass er sich je wieder einmal in weltliche Pflichten würde fügen können. Überdies war es in einem säkularen Staate kaum möglich, ihm einen anderen, passenderen Posten, z.B. als Tempeldiener, anzubieten. All die vorgeschriebenen Bedingungen für die Gewährung einer vorzeitigen Pensionierung waren somit gegeben. Soviel ich weiss, entschied auf meine Empfehlung hin die Untersuchungskommission erleichtert und mit Freuden, dem Manne seine Pension zu gewähren.

In den meisten der beobachteten Fälle schien das Interesse und das Verständnis des Psychiaters für die Rolle, welche spirituelle Übungen und Bestrebungen gespielt hatten, eine günstige Auswirkung auf die Patienten zu haben. Es war möglich, nicht nur einige von ihnen durch eine oder mehrere Phasen einer psychischen Erkrankung mit einem Minimum an Medikamenten helfend zu begleiten, sondern auch Erklärungen und Ratschläge zu erteilen in bezug auf alarmierende und teilweise verwirrende Erscheinungen, die sich im Verlauf der unternommenen Übungen eingestellt hatten.

Da nur wenige der Patienten über lange Zeitstrecken hinweg unter meiner Nachkontrolle standen, und da während einer akuten Störung die Sorge für das labile psychische Gleichgewicht des Patienten und seine begrenzte Fähigkeit des Verstehens wichtiger ist als wissenschaftliche Neugier, mussten natürlich viele interessante Aspekte unerforscht bleiben.

Die Ernte an Beobachtungen und Interpretationen könnte vielleicht reicher und überzeugender sein, wenn man eine Studie sozusagen vom anderen Ende aus unternehmen würde, wenn man also eine Gruppe von Personen, die sich in Yoga- oder Meditationsübungen hinein gewagt haben, verfolgen würde, um zu sehen, wie viele von ihnen im Laufe ihrer spirituellen Entwicklung auf Abwege geraten und geistigen Störungen verfallen. Dabei

müsste man dann allerdings vorerst auch einmal untersuchen, für wie viele von ihnen bereits der Entschluss, diesen Weg zu begehen, durch eine mangelhafte Anpassung an das Leben und krankhafte Vorstellungen und Erwartungen motiviert war.

Erwähnenswert mag ausserdem noch sein, dass die Patienten, deren Krankengeschichten ich selbst gesammelt habe, alle aus einem Gebiet stammen, das damals noch sehr wenig der Urbanisierung und Industrialisierung zum Opfer gefallen war, und in dem eine religiöse Tradition sowohl unter den Hindus als auch unter den Mohammedanern noch eine ernst zu nehmende Wirklichkeit bedeutete. Kann sogar bei Menschen, welche in einer derart Geborgenheit und Unterstützung gewährenden Situation leben, ein vorzeitiges Streben nach Entfaltung spiritueller Kräfte missraten, wie viel grösser müssen dann die Risiken sein, wenn junge Leute im Westen, deren Entwicklung bis dahin ja eine ganz andere Richtung verfolgt hat, sich auf einen solchen Heilsweg machen, besonders natürlich dann, wenn die „Tore der Wahrnehmung" gewaltsam mit Hilfe von Drogen geöffnet werden sollen! Über derartige Gestrandete, die gelegentlich auch in unser Spital gelangten, wird in einem späteren Kapitel eigens zu berichten sein.

Unsere Nachbarn im Gefängnis

Versuchen wir nun, noch eine weitere Abgrenzung der psychiatrischen Phänomene, welche unsere Patienten darboten, gegen das Gebiet der Kriminalität hin vorzunehmen. Diese Frage, ob jemand „bad or mad" sei, also willentlich „böse" oder lediglich durch geistige Verwirrung auf Abwege geraten, ist wiederum nicht immer eindeutig zu entscheiden. Darüber Beobachtungen anzustellen, hatte ich reichlich Gelegenheit, da ja das Gefängnis in unserer nächsten Nachbarschaft gelegen war und man dort oft meine Hilfe beanspruchte. Entweder handelte es sich darum, dem Gefängnisarzt Anweisungen zu geben für die Behandlung von psychischen Störungen, die bei Gefangenen während der Untersuchungshaft oder Strafzeit aufgetreten waren,

oder Begutachtungen zweifelhafter Fälle für die Justizbehörden auszuführen.

Diese Tätigkeit war für mich natürlich nichts Neues. Schon während meiner Ausbildungszeit in der Schweiz hatte ich einmal einige Zeit als Vertreterin eines Gefängnisarztes gewirkt; ausserdem hatte ich mich recht intensiv mit gerichtlichen Gutachten befasst, ja sogar einige Jahre lang als Mitglied des Jugendgerichtes meiner Heimatstadt geamtet. Als ich dann nach Indien kam, wurde mir in Lucknow, der Hauptstadt von Uttar Pradesh, gleich der Unterricht in Psychiatrie an der dortigen Ausbildungsstätte für Gefängnispersonal übertragen. Gleichzeitig hatte ich dort regen Kontakt mit einer Gruppe von Beamten und Dozenten, welche sich eifrig um die Reform des Gefängniswesens und insbesondere des Strafvollzugs für Jugendliche bemühten. Später hatte ich dann öfters Gelegenheit, indische Gefängnisse zu besichtigen und hie und da auch einige ihrer Insassen zu untersuchen und zu behandeln.In Kashmir fand ich dann bestätigt, was mir schon damals aufgefallen war: der Gegensatz, welcher in Indien besteht zwischen der empfehlenswerten Fortschrittlichkeit im Gefängniswesen einerseits und der Schwerfälligkeit, Langsamkeit und ganz unmenschlichen Rückständigkeit des Gerichtswesens andererseits. Hatte dies wohl etwas damit zu tun, dass während der Zeit der Freiheitskämpfe sehr viele bedeutende Persönlichkeiten, darunter die späteren Führer der befreiten Nation, als politische Häftlinge reichlich Gelegenheit hatten, selbst Gefängnisluft zu atmen? Dies mochte wohl das Interesse für Reformen auf diesem Gebiet gerade bei solchen Menschen geweckt haben, die später kraft ihrer hohen Ämter in der Lage waren, ihre Ideen auch in die Tat umzusetzen.

Was nützen jedoch relativ gute hygienische Einrichtungen, vernünftige Beschäftigungsmöglichkeiten, ja sogar tüchtiger menschlicher Einsatz in einem Gefängnis, wenn die der Strafe vorausgehende Untersuchungsperiode durch ihre unerträgliche Länge und Ungewissheit, durch all die Unzulänglichkeiten und oft sogar Grausamkeiten der Untersuchungsmethoden, all die Intrigen, Verdrehungen, Bestechungen, die schliesslich eine Urteilsfällung bestimmen mögen, einen Menschen bereits dermassen zermürbt und verbittert hat, dass er auch guten Einflüssen sich nicht mehr öffnen mag? Vor allem: was nützt es,

eine Strafvollzugsreform nach dem Motto „Rehabilitierende Erziehung, und nicht Strafe!" durchführen zu wollen, wenn man in so manchem Falle kaum eine Garantie dafür haben kann, dass ein Sträfling wirklich zu Recht verurteilt worden ist und somit der Besserung bedarf? Und ist es nicht peinlich, wenn man einem Psychiater - wie mir dies in Srinagar passierte - zumutet, dass man einem zum Tode Verurteilten noch „helfen" solle? Wäre ihm von psychiatrischer Seite zu helfen, so wäre wohl ein Todesurteil nie am Platze gewesen!

Wenn immer ich es selbst mit indischen Gerichtshöfen zu tun hatte, konnte ich mich des Eindrucks nicht erwehren, dass dabei blosse Formalitäten im Vordergrund standen. Juristische Spitzfindigkeiten, geschickte Manöver, um verantwortliche Entscheidungen hinaus zu schieben oder zu vermeiden, spielten eine weit grössere Rolle als das ehrliche Bemühen, die wahren Verhältnisse, nicht nur in bezug auf Tatsachen, sondern auch auf Motive, Gesinnung und Persönlichkeit der Angeklagten nach besten Kräften abzuklären und so wirklich „Recht zu sprechen". Man trieb sozusagen die Kunst zu beweisen, dass sich nichts wirklich beweisen lasse. Es ist allerdings beizufügen, dass auch Angeklagte und Zeugen durch ihre Unwahrhaftigkeit und Bestechlichkeit zu diesen misslichen Verhältnissen kräftig das Ihre beitragen.Oft wollte man von mir nach einem Besuch in einem Gefängnis etwas über meine Eindrücke hören. Nachdem ich meine Befriedigung über die meist relativ guten Einrichtungen ausgedrückt hatte, stellte ich dann meist fest - wieder einmal in einer englischen Wendung, die kaum treffend ins Deutsche zu übersetzen ist: „Your inmates may be criminals, but they do not look like crooks!", also ungefähr: „Ihre Gefängnis-Insassen mögen zwar etwas verbrochen haben, sehen aber nicht so aus wie gewiegte, wirklich verdorbene Verbrecher."

Natürlich traf man in jedem Gefängnis, so auch in Srinagar, die übliche Quote von kleinen und grossen Schelmen und anderen unsozialen Elementen: Gelegenheitsdiebe, Einbrecher, Betrüger, Veruntreuer, Zuhälter und anderes mehr. Diejenigen jedoch, welche wegen Verbrechen gegen Leib und Leben verurteilt worden waren, sahen selten aus wie ruchlose, degenerierte Mörder, die in boshafter Absicht und mit schlauer Berechnung ihren Opfern nachstellen.

Besonders auf dem Lande, also gerade auch in Kashmir, ereigneten sich derartige Straftaten meist nur unter dem Einfluss starker Gemütsaufwallungen, also im Affekt. Ein Streit um die Grenzlinie eines Landstücks, um einen Erntediebstahl, um das unbefugte Weiden von Vieh, vielleicht ein ehrenrühriges Schimpfwort - und schon flammt das leicht entzündbare Kashmiri-Temperament auf. Hat dann zufällig einer der Beteiligten gerade ein scharfes oder schweres Werkzeug zur Hand, also z.B. ein Messer, eine Sichel, eine Axt oder einen Hammer oder auch nur das bereits erwähnte „kangri", so ist es um den Gegner geschehen, bevor jemand zur Besinnung kommt.

Ich wunderte mich anfangs, warum in derartigen Fällen oft mehrere Verdächtigte, ja manchmal eine ganze Gruppe von Angehörigen derselben Familie über lange Zeit in Untersuchungshaft gehalten wurden. Dies wurde folgendermassen begründet: Manchmal waren gleich von Anfang an mehrere Personen in ein derartiges Handgemenge verwickelt, sodass sich kaum feststellen liess, wer den entscheidenden tödlichen oder schwer verletzenden Schlag getan hatte. Es konnte jedoch auch vorkommen, dass nur ein Täter, und zwar ohne Zeugen, am Werk gewesen war. Auf Grund der Situation am Tatort und auch der Kenntnisse über die Beziehungen in der Nachbarschaft, liess sich dann meist herausfinden, in welcher Familie vermutlich der Schuldige zu finden sei. Innerhalb dieser Familie hielt man aber jeweils beim Verhör so dicht, dass kaum zu ergründen war, wer die in Frage stehende Gewalttat begangen hatte. Spitzten sich schliesslich die während langwieriger Untersuchungen zutage gebrachten Zeugen-Aussagen doch allmählich auf eine bestimmte Person zu, so war noch lange nicht gesagt, dass diese auch der wirkliche Täter war. Es scheint, dass man sich innerhalb einer Familie lediglich darauf einigt, wer als „Opfer", das nun einmal darzubringen ist, am ehesten daheim entbehrt werden kann. Die Justizbehörden jedoch verlassen sich vorwiegend auf Indizien und Begleitumstände, und tragen den Motiven und der Persönlichkeit des Täters kaum Rechnung.

So kann es sogar vorkommen, dass man psychische Abweichungen, die bei einem Angeklagten schon zur Zeit der Tat bestanden haben, einfach übersieht. Unter den Gefängnis-Insassen, deren Behandlung ich in Srinagar zu

überwachen hatte, fand ich z.B. einen jungen, bereits weitgehend verblödeten Epileptiker, welcher - vermutlich in einem durch seine Krankheit beeinträchtigten Zustand - seine Mutter erschlagen, und einen chronisch Schizophrenen, welcher offensichtlich unter dem Einfluss von Wahnideen seine Frau umgebracht hatte.

Es gibt natürlich die Möglichkeit, einen von vornherein in grober Weise geisteskrank wirkenden Täter als unzurechnungsfähig zu beurteilen oder sogar schon als unfähig, in einer Gerichtsverhandlung vernünftig seine Sache zu vertreten. Dann kann er, wenn er als dauernd gemeingefährlich beurteilt wird, ohne weitere Verhandlungen versorgt werden. Zum Glück wurden jedoch nur selten derartige Fälle in unserem Spital untergebracht. Das Gefängnis hatte mehr Platz und bot grössere Sicherheit. Mir war es sehr viel lieber, „geisteskranke Kriminelle" im Gefängnis zu besuchen als „kriminelle Geisteskranke" im Spital beaufsichtigen zu müssen. Die im letzteren Falle unumgänglichen Sicherheitsmassnahmen hätten die relative Freiheit der Atmosphäre im Spital gründlich verdorben.

Im Ganzen war die Stimmung im Gefängnis, wo man natürlich potentielle Störenfriede zeitweise in maximaler Sicherheit isolieren konnte, recht gemütlich. Falls es sich nicht um die erste Untersuchung eines neu zugewiesenen Falles oder eine Begutachtung handelte, stattete ich meine Besuche meist in der Spitalbaracke, hie und da aber auch im Freien zwischen den verschiedenen Gebäuden ab. Meist scharte sich dann eine ganze Gruppe von Sträflingen um den Tisch, da dies eine willkommene Abwechslung war und vor allem für viele nach langer Zeit eine seltene Gelegenheit, ein weibliches Wesen zu sehen. Wie bereits erwähnt, legen die Kashmiri nicht viel Wert auf eine Privatsphäre, so hatten auch die jeweiligen Patienten nichts einzuwenden gegen die Ausgestaltung der psychiatrischen Visite zu einem geselligen Anlass.Unter den Gehilfen des Gefängnisarztes und der Pfleger fiel mir einer besonders auf durch sein stilles, bescheidenes Wesen und die sanfte, freundliche Art, mit seinen Schützlingen umzugehen. An seiner Kleidung, aus einem im Gefängnis handgewobenen groben Baumwollstoff wenig elegant geschneidert, konnte man jedoch merken, dass er selbst ein Gefangener war.

Wie konnte wohl dieser junge Mann, der offensichtlich die allgemeine Achtung und Zuneigung nicht nur seiner Mitgefangenen, sondern auch des Gefängnispersonals genoss, eine Gefängnisstrafe verdient haben? Mit ungläubigem Erstaunen vernahm ich schliesslich, dass dieser Abdul Majid in sehr jungem Alter, als er noch zur Schule ging, angeblich an einem Mord beteiligt gewesen sei und jetzt eine lebenslängliche Freiheitsstrafe abzusitzen habe. Jetzt in der zweiten Hälfte der Zwanzigerjahre sei er bereits seit elf Jahren im Gefängnis. Weil er sich so gut halte und so geschickt und zuverlässig sei, habe man ihn als Sanitätsgehilfen herangezogen und ihm auch erlaubt, sich durch Privatstudium noch das Schulabschlusszeugnis zu erwerben. Den Berichten der Wärter konnte ich entnehmen, dass man die Richtigkeit des Urteils bezweifelte.

Jedes Jahr am Tag der indischen Unabhängigkeit hatte der Ministerpräsident von Jammu und Kashmir das Recht, auf Empfehlung der Gefängnis- und Justizbehörden hin einen Strafgefangenen zu begnadigen. Dafür wollte man nun auch Abdul Majid vorschlagen. Man bat mich, ihn genau psychiatrisch zu untersuchen und zur Unterstützung des Begnadigungs-Gesuches einen Bericht zu liefern. So bekam ich also Gelegenheit, diesen musterhaften Sträfling näher kennen zu lernen und seine Geschichte von ihm selbst zu erfahren.

Er gab an, als ältester Sohn einer angesehenen Bauernfamilie in einem kleinen Dorf, ungefähr 30 km von Srinagar weg, aufgewachsen zu sein. Während er in der Stadt eine Mittelschule besuchte, wohnte er dort bei Bekannten, zusammen mit einem weiteren Pensionär. Dieser war, im Gegensatz zu Majid, welcher schon damals als sanftmütiger, aufrichtiger Junge galt, äusserst ehrgeizig und rücksichtslos. Er zürnte Majid, weil die junge Tochter ihrer Gastgeber mit freundlichen Augen auf den letzteren sah und ihn, den ungestümen Bewerber um ihre Gunst, ablehnte. Einem weiteren, etwas jüngeren Klassenkameraden, der mit Majid ebenfalls eng befreundet war, nahm er es übel, dass er bei den Prüfungen in der Schule bessere Noten davon getragen und ihn somit um den erhofften ersten Rang gebracht hatte. Genug Grund also, um gegen diese beiden hinderlichen Rivalen einen teuflischen Plan

zu schmieden.Majid hatte zwar Befürchtungen für seinen jüngeren Kameraden und versuchte, ihn zu schützen und ihn nie mit seinem Widersacher allein zu lassen. Eines Tages jedoch musste er in sein Dorf gehen, um dort seine Ration an verbilligten Lebensmitteln abzuholen. Der Eintrag in seiner Rationierungskarte figurierte später als wichtiges Beweismittel in seinem Versuch, seine Abwesenheit an jenem fatalen Tag zu begründen; offenbar jedoch ohne Erfolg oder im Gegenteil den Verdacht erweckend, er habe sich damit absichtlich ein Alibi verschafft. Obwohl er den jungen Freund gewarnt hatte, liess dieser sich durch den auf Rache sinnenden Kameraden dazu verführen, sich von ihm in die Kunst des Velofahrens einweihen zu lassen. Unter diesem Vorwand nahm der jugendliche Bösewicht dann den Jungen auf eine einsame Strasse hinaus, wo er ihn in einen Graben stiess und kaltblütig umbrachte.

Erst als er vom Dorf zurück kam, erfuhr Majid, dass seinem Freund etwas zugestossen sei. Bald wurden beide, er selbst und der wirkliche Täter, verhaftet. Der letztere spannte seine Lügennetze so geschickt aus, wusste wohl auch einflussreiche Leute für sich zu gewinnen, dass der aufrichtige Majid mit seiner wahrheitsgetreuen Version des Geschehens dagegen nicht aufkommen konnte. Gegen ihn sprachen Zeugenaussagen, die auch er selbst treuherzig zugab. Einmal, als auch er selbst sich durch die guten Schulleistungen des jungen Freundes überflügelt sah, habe er in einer Mischung von Ärger und Spass ausgerufen: „Den bringen wir noch um!“, eine übertriebene Redewendung, wie sie eben bei Jugendlichen üblich ist.

Das Erstaunliche ist nun, dass es dem tief religiösen Majid gelungen war, sich in dieser Situation jeglicher Bitterkeit zu enthalten und sein grausames Schicksal einfach als eine gottgewollte Prüfung hinzunehmen. Sein Widersacher war zeitweise im gleichen Gefängnis untergebracht und gab nun offen zu, dass er seinen ehemaligen Freund absichtlich durch seine Lügen ins Unglück gezogen hatte; selbst ihm zürnte er nicht.

Meine Untersuchung, unter Beiziehung psychologischer Tests, gab keinerlei Anhaltspunkte für eine verbrecherische oder perverse Gesinnung, ja nicht einmal für einen Mangel an Kontrolle über Gefühle und Triebe. Selbst

wenn Majid damals, im Alter von 16 - 17 Jahren, noch in jugendlicher Unreife tatsächlich bei einer derart scheusslichen Tat mitgewirkt hätte, was jedoch nach meinen Befunden äusserst unwahrscheinlich war, hatte er auf jeden Fall inzwischen einen bemerkenswerten Reifungsprozess durchgemacht, er war zu einem durchaus besonnenen, zuverlässigen und zutiefst um andere besorgten Menschen herangewachsen. Ich konntealso die Begnadigung mit voller Überzeugung empfehlen. Mit Freuden vernahm ich zu gegebener Zeit, dass tatsächlich er es war, der in jenem Jahr am Nationalfeiertag die Freiheit geschenkt erhielt.

Als Majid jedoch zu mir kam, um sich für meine Hilfe zu bedanken, sah er eher enttäuscht und besorgt aus. Er sei zwar jetzt ein freier Mensch, erklärte er mir; doch fühle er sich nun in einer neuen Zwangslage gefangen. Es wolle niemand einen ehemaligen Sträfling anstellen. Er sollte doch jetzt seiner Familie beweisen, dass er als ältester Sohn etwas zu ihrem Wohle, besonders auch für die Ausbildung der zahlreichen jüngeren Geschwister, beitragen könne, finde aber keine Gelegenheit, sich zu bewähren. Da ich seine guten Qualitäten kannte, bot ich ihm sofort in unserem Spital eine Ferienvertretung als Hilfspfleger an. Kaum hatte er sich jedoch freudig an die Arbeit gemacht, erfuhr ich, dass ein strafgerichtlich Verurteilter unter keinen Umständen, auch nicht aushilfsweise, im Staatsdienst beschäftigt werden darf.

Nach der ersten ärgerlichen Enttäuschung fand ich einen Ausweg: Ich hatte es damals unternommen, eine alphabetische und nach Wohnort angeordnete Patientenkartei zu erstellen. Regierungsgelder waren dafür keine zu bekommen. Da ja das Projekt wesentlich zu einer besseren Nachkontrolle unserer Patienten beitragen sollte und ich ausserdem jeweils einem arbeitslosen jungen Menschen durch eine kurzfristige Anstellung weiter helfen konnte, hatte ich mir erlaubt, dafür von Schweizer Freunden gespendete Gaben einzusetzen. Dies war meine Privatsache, und niemand konnte mir vorschreiben, wen ich dafür auswählen sollte. Diese Aufgabe wurde nun also Majid übertragen, und er widmete sich ihr in den nächsten Wochen mit grösster Sorgfalt und Gewissenhaftigkeit. Als so der Anfang einer Rückkehr ins zivile Arbeitsleben gemacht war, stellte ich ihm ein Zeugnis aus, in welchem ich

natürlich auch die Umstände erwähnte, unter denen ich ihn zuerst kennen gelernt hatte. Er hatte den Mut, damit selbst beim „Chief Minister", der ihn begnadigt hatte, vorzusprechen. Und nun nahm der oft so unberechenbare Lauf der Staatsgeschäfte einmal eine gute Wendung: Man setzte sich einfach über die Vorschriften hinweg, wohl weil man nachgerade gemerkt hatte, dass der junge Mann einem Fehlurteil zum Opfer gefallen war. Majid wurde als Gehilfe des Fürsorgers im Dienste desselben Gefängnisses eingesetzt, in welchem er vorher elf Jahre als Sträfling verbracht hatte. Nie vergessen werde ich einen Besuch bei seiner Familie im Dorfe, anlässlich der Hochzeit eines jüngeren Bruders. Der überaus herzliche Empfang liess mich wirklich spüren, dass ich durch meine Bemühungen um den „verlorenen Sohn" dazu beigetragen hatte, eine ehrbare Familie von Schande, Bedrücktheit und Sorge zu befreien und in ihr Haus wieder Fröhlichkeit, Singen und Lachen zu bringen.

Schon damals hatte der junge Mann sich an seinem Posten im Gefängnisdienst bewährt, und er war bereits zu einer verantwortungsvolleren Arbeit befördert worden. Kürzlich aber, mehr als 15 Jahre später, hatte die Geschichte noch ein erfreuliches Nachspiel:

Im Januar 1996 erreichte mich dank der Findigkeit der Schweizer Post, auf Umwegen, mit einer verstümmelten und ausserdem seit Jahren nicht mehr gültigen Adresse, eine Neujahrskarte aus Kashmir. Gemäss der Unterschrift mit einem dort sehr geläufigen Namen konnte der Absender irgend jemand sein. Dann bemerkte ich jedoch darunter in winziger Schrift noch eine weitere Kennzeichnung: „Superintendent Jail" in einem ländlichen Bezirk des Staates Jammu und Kashmir. Sofort ging mir ein Licht auf: dieser „Superintendent", also „Gefängnisdirektor", konnte niemand anderer sein als mein ehemaliger Schützling! In der darauf folgenden Korrespondenz erfuhr ich dann alle Einzelheiten über diese bemerkenswerte Laufbahn vom Sträfling bis zum Leiter eines Gefängnisses. Besonders freute mich daran, dass sogar heute, im von Bürgerkrieg, Korruption und politischer Verwirrung geplagten Kashmir ein ehrlicher, aufrichtiger und für die Nöte seiner Untergebenen aufgeschlossener Mensch an einem derart verantwortungsvollen und aller Kritik ausgesetzten Posten stehen darf und kann.

***

Eine Welt für sich bildete innerhalb des grossen, von hohen Mauern eingefassten Gefängnisareals die Abteilung für politische Häftlinge. Die langgestreckte, gut ausgestattete Baracke, die ständig einige Dutzend Insassen behauste, war idyllisch unter mächtigen Platanen gelegen, und im Sommer gab es von den nahen Bäumen sogar Kirschen zu naschen. In jeder Beziehung konnten also die Inhaftierten von ihren Wärtern und diese von ihren Schützlingen sagen, dass „mit denen gut Kirschen essen sei".So weit ich bei meinen ziemlich häufigen Besuchen auf dieser Abteilung feststellen konnte, handelte es sich bei den dort in Haft Gehaltenen meist um Männer - Frauen gab es ganz selten -, die an pro-pakistanischen Komplotten teilgenommen oder sich allzu fanatisch für islamischen Fundamentalismus eingesetzt hatten. Es war anzunehmen, dass nicht nur die Mehrheit der Bevölkerung, sondern auch das Gefängnispersonal durchaus mit ihnen sympathisierte. So lebte man also in Harmonie und relativer Zufriedenheit, besonders da dieser Kategorie von Gefangenen zahlreiche Privilegien in bezug auf Essen, Besuchszeit, Gebrauch von Büchern und Zeitschriften, Ausstattung der Räume mit privaten Gegenständen usw. gewährt wurden. Von irgendwelcher Bedrängnis oder gar Quälerei seitens des Gefängnispersonals hörte oder sah ich nie etwas. Allerdings deutete man mir gelegentlich an, dass es am anderen Ende der Stadt ein sogenanntes „Verhör-Zentrum" gebe. Dort sei es wesentlich weniger gemütlich, und man riskiere dort durchaus, auch den sogenannten „Dritten Grad", also Foltermethoden, zu spüren zu bekommen. Das hatte man jedoch schon längst hinter sich. Aber bei allen Annehmlichkeiten der Umgebung im Gefängnis litt man eben doch unter dem Freiheitsentzug; man sorgte sich um Geschäft, Landbesitz und Familie.

Meine Aufgabe bestand nicht nur darin, bei der sorgfältigen Überwachung des Gesundheitszustandes der politischen Gefangenen mitzuwirken, sondern vor allem auch im Verfassen von Berichten an die zuständigen Behörden, in welchen die Hafterstehungsfähigkeit von psychisch oder psychosomatisch

Kranken beurteilt werden musste. Dies gab mir natürlich Gelegenheit, manchem wieder zur Freiheit, wenigstens in Form eines Urlaubes „auf Parole" oder gegen Kaution zu verhelfen.

Die Typen, mit denen ich so ins Gespräch kam, waren sehr verschiedener Art. Da gab es unruhige, heissblütige Fanatiker und Eiferer; dann wieder bedächtige, nüchterne Bauern, die wohl, ohne viel von der Sache zu verstehen, einfach „mitgegangen" und dann halt auch „mitgehangen" waren. Schlau berechnende Geschäftsleute hatten sich wohl in Umsturzpläne verwickeln lassen, weil sie sich von der erstrebten „Systemveränderung" finanziellen Vorteil erhofften. Vor allem gab es jedoch eine ganze Gruppe jugendlicher Idealisten, die wohl zum Teil durch ihr Mitmachen in revolutionären Bewegungen einfach der normalerweise beim Heranwachsenden aufkeimenden Rebellion gegen Eltern und „Establishment" Ausdruck verliehen hatten. Es gab darunter wirklich edel gesinnte junge Menschen, deren Begeisterungsfähigkeit und Einsatzwille tauglichere Ziele verdient hätten, andererseits aber auch verwöhnte Herrensöhnlein, die sogar im Gefängnis meinten, es müsse ihnen jedermann zu Diensten sein und ihnen alle Unannehmlichkeiten ersparen. So musste ich die mir vorgelegten Beschwerden und Argumente immer sorgfältig prüfen, um in meiner Beurteilung wirklich neutral und gerecht bleiben zu können.

Besonders gut in Erinnerung ist mir Amir, ein schlanker, sehniger junger Mann, Sohn eines Hausbootbesitzers. Als Bergführer und Skilehrer war er ein Leben in freier Natur gewohnt. Die Bewegungseinschränkung im Gefängnis und das ständige Zusammensein mit einer Gruppe von Leuten, mit denen er eigentlich nicht viel gemeinsam hatte, fiel diesem feinfühligen jungen Menschen besonders schwer. Offensichtlich dazu trainiert, bei Schwierigkeiten „auf die Zähne zu beissen", was seine meist straff angespannten Gesichtsmuskeln sofort verrieten, liess er sich von seiner inneren Unruhe und Gereiztheit psychisch kaum etwas anmerken. Die Last musste durch seinen Körper getragen werden. Die schon in der Kindheit durchgemachten Asthma-Anfälle stellten sich wieder ein. Auch sonst war er sehr anfällig für allerlei psychosomatische Störungen.

An einem Sonntagmorgen im Sommer wurde ich einmal dringend ins Gefängnis gerufen und von meinem Begleiter zur Baracke der „Politischen" geführt. Dort fand ich unter den schattenspendenden Bäumen eine ganze Gruppe von Menschen ängstlich versammelt um Amir, der sich vergeblich bemühte, seine krampfhaft aus dem Munde herausragende Zunge an ihren Platz zurück zu drängen und seine hässlich verzerrten Gesichtszüge wieder in Ordnung zu bringen. Ich konnte natürlich sofort vermuten, dass dieser wirklich quälende und die Umgebung alarmierende Zustand die Folge eines Medikamentes sein musste, für dessen Nebenwirkungen auf das extrapyramidale Nervensystem dieser junge Mann offenbar überempfindlich war. Vom Gefängnisarzt konnte ich erfahren, dass man ihm wegen Brechreiz einen Tranquilizer verabreicht hatte, der eine solche Nebenwirkung haben konnte, allerdings gewöhnlich nur in einer viel höheren und länger andauernden Dosierung. Ich wagte es sonst kaum je, einem Patienten, auch auf sein grösstes Drängen hin, einen genauen Zeitpunkt anzugeben, zu dem eine Besserung oder sogar eine „Heilung" einer Beschwerde erwartet werden darf. In diesem Falle war ich aber meiner Sache so sicher, dass ich dem ganz verzweifelten Amir versprach, in spätestens 10 - 15 Minuten werde seine Qual beendet sein. Zum Glück war die Ampulle mit dem sofort wirkenden Gegenmittel in der Gefängnisapotheke aufzufinden, und innert der genannten Zeit löste sich auf die Einspritzung hin die peinliche Verkrampfung in Amirs Gesicht und damit auch die ängstliche Spannung der sich um ihn Sorgenden. Erst jetzt, als man erleichtert die Kirschen vom nahen Baum zur Erfrischung herumreichte, konnte ich feststellen, dass nicht nur Amirs Zimmerkameraden und mehrere der Wärter zugegen waren; sowohl der Gefängnisarzt als auch der Direktor und sein Stellvertreter hatten sich an diesem freien Sonntag die Mühe genommen, in dieser Notsituation ihre Sympathie mit ihren Schützlingen durch persönliches Dabeisein kundzutun! Man konnte wirklich den solidarischen Zusammenhalt einer Familie spüren.

Ein nächster Alarmruf kam einige Monate später in einer kalten Herbstnacht. Wieder wurde ich zu jener Baracke geführt, diesmal in einen Schlafraum, in welchem offensichtlich Aufregung und Chaos herrschte. Bei

Amir hatten diesmal alle psychosomatischen Abfang- und Umwandlungsmechanismen versagt, und die innere Spannung war in einem Tobsuchtsanfall durchgebrochen, also in Form dessen, was man einen „Zuchthausknall" nennt. Er schrie laut, schlug wild um sich und hatte bereits verschiedene Gegenstände umher geworfen und zum Teil zerstört. Zum Glück war damals, vor allem durch die prompte Hilfe beim vorhergehenden Alarm, meine Beziehung zu ihm schon so gut, dass er mich trotz seiner Verwirrtheit sofort erkannte, auf mich hörte und sich dann willig die von mir verordnete Einspritzung eines Beruhigungsmittels - natürlich garantiert ohne die gefürchteten Nebenwirkungen! - machen liess. Auch diesmal war die Wirkung sehr prompt, so dass ich nach kurzer Zeit beruhigenden Gespräches den wieder zur Ordnung gekommenen Schlafsaal verlassen konnte. Auch bei diesem Besuch war ich wieder sehr beeindruckt von der eng verbindenden Schicksalsgemeinschaft und der Bereitwilligkeit zu gegenseitiger Hilfe und Toleranz, welche man in dieser Gruppe von Gefangenen spüren konnte.

Nun hatte ich nachgerade genügend Material, um in meinem Bericht an die Behörden mit Nachdruck die Befreiung dieses jungen Häftlings zu empfehlen, umso mehr als ich überzeugt war, dass er kein gefährlicher, gemeinschädlicher Rebell, sondern nur ein von recht guten Idealen beseelter, durchaus rechtschaffener, ja besonders gewissenhafter und tüchtiger junger Mann war. Meine Bemühungen waren erfolgreich.

Nach seiner Befreiung suchte Amir mich weiterhin gelegentlich auf, um Hilfe zu finden für die Überempfindlichkeit und die Spannungen, die während der Zeit der Gefangenschaft auf so gefährliche Weise sich manifestiert hatten. In einer schwierigen Lebenssituation kam es nochmals zu einer Krise, während der ich ihn nur mit einiger Mühe vom Selbstmord abhalten konnte. Schliesslich erreichte er dann ein gutes Gleichgewicht und konnte, wie vorher, seine Betätigung in freier Natur und ausserdem die Freuden seiner inzwischen gegründeten kleinen Familie geniessen. Auch noch nach Jahren strahlte er jedesmal, wenn er mich zufällig in der Stadt antraf, über das ganze sonngebräunte Gesicht und erklärte stolz jedem, der zufällig dabei stand, dies sei die Ärztin, die mehrmals sein Leben gerettet und ihm die Freiheit wieder

verschafft habe.

Dass es im „gelobten Land“ der politischen Häftlinge, mit denen ich es in Srinagar zu tun hatte, also in Pakistan, gar nicht so viel menschlicher und freiheitlicher zuging als im von ihnen geschmähten Indien, sondern dass, ganz im Gegensatz zu den fast idyllischen Verhältnissen in Kashmir, dort unter der Flagge einer islamischen Renaissance teilweise sehr barbarische Bräuche wieder neu belebt worden sind, konnte ich selbst an einem unserer Patienten feststellen.

Eines Tages wurde uns durch seine Arbeitgeber ein kleiner, depressiv und ängstlich aussehender Mohammedaner aus Bihar, einem Staate im Nordosten Indiens, gebracht. Er hatte im unteren Teil des Kashmirtales als Vorarbeiter an einem Kraftwerkprojekt mitgewirkt, war jedoch in letzter Zeit zunehmend misstrauisch und ängstlich geworden, so dass er nun nicht mehr fähig war, seine Arbeit weiter zu verrichten. Unsere Untersuchungen deuteten auf eine paranoide Reaktion bei einem wohl von jeher verschlossenen schizoiden Manne, der fern von seiner Heimat zusätzlich in Isolation geraten war. Auch bei uns im Spital konnte er sich nicht recht heimisch fühlen. Eines Tages machte er sich unbemerkt davon, die von ihm beim Eintritt mitgebrachten Effekten, vor allem einen grossen Wollschal, bei uns zurück lassend.

Monate waren vergangen, als ich einmal entdeckte, dass er schüchtern und verlegen um unser Spital herumstrich. Ich ermutigte ihn, einzutreten und seine zurück gelassenen Kleidungsstücke, die wir sorgfältig aufbewahrt hatten, in Empfang zu nehmen. Auch nachdem dies geschehen war, fuhr er fort, sich in der Nähe des Spitals herum zu treiben. Da er immer noch depressiv und ängstlich aussah, bot ich ihm an, er könne, falls er obdachlos sei, wieder einige Tage bei uns verbringen und sich pflegen lassen. Zögernd nahm er schliesslich diesen Vorschlag an und liess sich als „freiwilligen Patienten“ aufnehmen.

Als ich ihn mir dann näher ansah, fiel mir auf, dass er seine linke Hand immer sorgsam zu verstecken suchte und ausserdem leicht hinkte. Bei der körperlichen Untersuchung, die er zuerst zu vermeiden suchte, stellte sich heraus, dass alle Finger seiner linken Hand und alle Zehen seines linken Fusses um je zwei Glieder gekürzt waren. Die Stümpfe waren offensichtlich

kunstgerecht versorgt worden und sauber verheilt. Nichts wies darauf hin, dass eine Operation vielleicht infolge einer Verletzung oder Erfrierung nötig geworden war. Ich wusste bereits, dass er in der Zeit seit seinem Entweichen aus unserem Spital im nahen Pakistan sein Glück versucht hatte. Über das dort Vorgefallene konnten wir jedoch nie voll Auskunft von ihm erhalten. Seinen Andeutungen konnte man lediglich entnehmen, dass er keine Arbeit fand und dann, wohl um seinen Hunger zu stillen, einen Notdiebstahl verübte. Er wurde dabei erwischt und nach dem islamischen Gesetz unmittelbarer Vergeltung durch die Amputation seiner Finger und Zehen, vorläufig nur auf der linken Seite, bestraft. Bei einem Rückfall hätte er mit einer Verstümmelung auch der rechten Hand und des rechten Fusses rechnen müssen. Wahrhaftig eine ausgezeichnete Methode, um die Rehabilitation eines „Verbrechers", der zudem noch ein Geisteskranker ist, zu fördern!

Devana

Von den beiden Unterscheidungen, denen die letzten zwei Kapitel gewidmet waren, nämlich zwischen „verrückt oder verzückt?" einerseits und „mad or bad?" andererseits, bereitete jede schon für sich grosse Mühe. Noch viel verzwickter wird aber die Aufgabe, wenn es gilt, einen Fall zu beurteilen, in welchem Elemente aller drei Möglichkeiten eine Rolle spielen, wenn es sich also um einen geistesgestörten „Heiligen" handelt, der eines Verbrechens angeklagt ist. Mit einer Situation dieser Art hatte ich mich in Kashmir zweimal zu befassen, und es lohnt sich, darüber ausführlich zu berichten.

Anfangs Januar 1975 wurde ich vom „Magistrate" (Friedensrichter) eines kleinen Landstädtchens aufgefordert, einen Untersuchungsgefangenen im Zentralgefängnis in Srinagar zu untersuchen und mein Urteil abzugeben, ob der Mann, „welcher von der Polizei eines Mordes angeklagt ist", geistig normal sei und „fähig, sich in bezug auf diese Anklage vor Gericht zu verteidigen". Wie meist in solchen Fällen, wurden mir keine Einzelheiten aus den Akten mitgeteilt.

An einem trüben Wintertag stapfte ich in Schnee und Regen durch die aufgeweichten, schlüpfrigen Gässlein, welche unser Spital mit dem benachbarten Gefängnis verbinden. Einmal durch das grosse, eiserne Tor eingelassen, wurde ich durch kahle Gänge, zwischen hoch aufgetürmten Mauern hindurch zu einer kleinen Hütte geführt, wo gewöhnlich Mörder und andere zum Tode verurteilte Gefangene isoliert gehalten werden. Vor seiner Zelle, auf einer gedeckten Terrasse, sass mit gekreuzten Beinen, fast bewegungslos, wie ein Yogi, ein grosser, stämmig gebauter Mann mittleren Alters. Das einfache wollene Gewand, der „pheran", gab einen mächtigen Stierennacken frei. Etwas wirre graue Locken umrahmten ein rundes Gesicht, das offensichtlich durch häufigen Aufenthalt im Freien gebräunt war. Die leicht hervorstehenden Augen unter buschigen Brauen und schweren Lidern hatten einen düsteren, nachdenklichen Blick. Die Falten auf der gerunzelten Stirn bildeten ein eigenartiges Dreieck in der Mitte, gerade unter dem Haaransatz. Da dies aus einiger Entfernung wie die Narbe einer alten Kopfverletzung aussah, ging ich auf ihn zu, um die Stelle mit dem Finger palpierend zu untersuchen. Der Mann, der offenbar durch diese plötzliche Annäherung überrascht war, brummte etwas. Meine Begleiter, der Gefängnisarzt und einige andere Angestellte, zeigten auf eine kleine Abflussrinne, welche die Terrasse in etwa 30 cm Abstand vom Gefangenen überquerte, und bedeuteten mir, ich solle mich an diese Grenzlinie halten. Offenbar wurde dadurch ein Territorium abgeschrankt, das ungestraft nicht übertreten werden sollte. Aus dem respektvollen Benehmen des Gefängnispersonals dem Häftling gegenüber, aus ihrem Bestreben, seine Wünsche und merkwürdigen Einfälle zu achten, konnte ich schliessen, dass es mit diesem Manne eine besondere Bewandtnis hatte. Vorerst versuchte jedoch niemand, mich darüber aufzuklären.

Da keine Sitzgelegenheit zur Verfügung stand, kauerte ich mich auf meinen Fersen nieder, um einige Fragen an den Angeklagten zu richten, der weiterhin fast bewegungslos dasass und mich etwas vorwurfsvoll und kritisch anschaute. Die meisten meiner Fragen über seine Familienverhältnisse, den Grund seiner Verhaftung, seine Stimmung, fielen ins Leere. Er beachtete sie entweder gar nicht oder murmelte nur hie und da etwas vor sich hin, das ganz

ohne Zusammenhang mit der Situation zu sein schien. Natürlich musste ich, mangels jeglicher Information, auch an die Möglichkeit einer hysterischen Pseudo-Demenz denken, d.h. an einen Zustand, welcher eine intellektuelle Verblödung vortäuscht und der vielleicht erst nach der Verhaftung, als Schutz vor dem Verhörtwerden, sich manifestiert hatte. Die paar klinischen Tests, die ich mit Hilfe des mich begleitenden Psychologen vorzulegen versuchte, brachten keinerlei Reaktion hervor. Auch der Gesichtsausdruck und die düstere Stimmung, in welcher er ganz mit sich selbst und inneren Vorgängen beschäftigt schien, sprachen nicht für diese Diagnose. Die Umstände - auf einer schmalen Terrasse kauernd, von strömendem Regen umgeben, die Finger steif vor Kälte und eine Gruppe neugieriger Zuschauer hinter mir – ermutigten nicht dazu, um eine Beziehung zu schaffen, die eine wirksamere Verständigung erlaubt hätte. Auch so wusste ich bereits genug, um die Frage entscheiden zu können, ob der Häftling imstande sei, seine Verteidigung vor Gericht zu unternehmen. Darüber hinaus war vorläufig nichts gefragt worden.

Nachdem der Gefängnisarzt mir so erlaubt hatte, unvoreingenommen einen ersten Eindruck zu gewinnen, eröffnete er mir auf dem Rückweg zum Tor, der Angeklagte sei ein berühmter „Pīr‟, das heisst einer der weisen Männer unter den Kashmiri Muslims, die oft die Macht haben, körperliche und geistige Krankheiten zu heilen, böse Geister auszutreiben, die Zukunft vorauszusagen und in verschiedenen schwierigen Lebenslagen Rat zu erteilen. Sogar jetzt, seit er vor zwei Wochen ins Gefängnis gebracht worden sei, habe er seine übernatürlichen Kräfte bereits unter Beweis gestellt.

Ein Mitgefangener, so erzählte mir der Gefängnisarzt, hatte eine osteomyelitische Erkrankung des Schienbeins. Man hatte beschlossen, ihn für eine Operation ins Spital zu verlegen. Der „Pīr‟, der zufällig an diesem Manne vorbei ging, sah sein Geschwür und, indem er etwas vor sich hinmurmelte, spie er darauf. Am nächsten Tag, als der Patient zur Operation ins Spital gebracht wurde, habe weder der Gefängnisarzt noch der Chirurg Zeichen eines Knochenleidens finden können.

Ein anderes Mal, als er sich der Umzäunung näherte, hinter welcher der Galgen verborgen ist, sagte der „Pīr‟ in seiner typischen kryptischen Weise,

dass „das“ nun nicht mehr gebraucht werde. Am nächsten Tag kam ein Regierungsbefehl an, wonach alle fälligen Hinrichtungen bis auf weiteres aufgeschoben werden sollten, vermutlich in Vorwegnahme der Aufhebung der Todesstrafe, die zur Diskussion stand.

Der Gefängnisarzt selbst hatte einen Verwandten, der wenige Tage vorher infolge eines „schweren Herzanfalles“ vollkommen bettlägerig geworden war. Ohne dass er irgendwelche Einzelheiten über den Fall gewusst hätte, versicherte der „Pīr“ dem Doktor, er habe keinen Grund, besorgt zu sein; und tatsächlich: innert wenigen Tagen erholte sich der kranke Verwandte und ging wieder seiner Arbeit nach.

Während ich im Bureau des Gefängnisarztes sass, hörte ich noch weitere Wundergeschichten an, welche von den Gefängnis-Angestellten berichtet wurden und alle auf übernatürliche Kräfte hinwiesen, vor allem auf eine Fähigkeit zu heilen und die Zukunft vorauszusagen. Offenbar wieder einer jener Fälle, in welchen die Justizbehörden sich ratlos fühlen, so dass der Psychiater zu Hilfe gerufen werden muss! Schon einige Jahre vorher musste ich erstmals in einer derartigen Situation ein psychiatrisches Gutachten abgeben. Ich will, bevor ich mit der begonnenen Erzählung weiter fahre, zuerst über jenen recht grotesken Fall berichten, um so gleich von Anfang an die sich stellenden Probleme aus dem Gebiet der transkulturellen Psychiatrie gebührend in den Vordergrund zu rücken.

Damals wurde ein älterer Mohammedaner aus einem Dorf in Kashmir, zu jener Zeit ebenfalls Untersuchungsgefangener, durch eine Gerichtsbehörde zu uns gesandt mit der Bitte um einen Expertenbericht über seinen Geisteszustand. Er war des Totschlages angeklagt; die Akten betreffend seinen Fall wurden jedoch, wie gewohnt, mir nicht zur Verfügung gestellt. Als ich jenen Angeklagten dann selbst über seine angebliche Tat befragte, erzählte er mir, er sei der Jünger eines grossen und mächtigen „Pīr“. Eines Tages kam ein Kunde zu ihm, um seine Dienste als Barbier in Anspruch zu nehmen, und äusserte sich dabei in abfälliger Weise über diesen „Pīr“. Da der Angeklagte es nicht ertragen konnte, seinen verehrten geistlichen Meister verspotten zu hören, folgte eine heftige Auseinandersetzung. Im Verlauf dieses Streites „flog“

die „hookah", (Abb. 12, die Wasserpfeife, deren Gefäss oft aus schwerem Material, z.B. Metall, hergestellt ist), welche er gerade rauchte, „plötzlich in die Luft", vermutlich durch die Zauberkraft des geschmähten „Pīr". Das schwere Gefäss schlug gegen den Kopf des Kunden und, wie der Barbier später vernahm, führte die Verletzung zu seinem Tode.

Während der Mann auch mir gegenüber vorerst jegliche aktive Mitwirkung an der Gewalttat verneinte und sie einfach als das Resultat übernatürlicher Einwirkung des verspotteten „Pīr" darstellte, erlaubte er sich später, wie zufällig, die Bemerkung: „Es könnte sein, das die „hookah" aus meiner Hand davon flog." Dieses „aus meiner Hand" oder „durch meine Hand" ist nun eine Ausrucksweise, welche auf Hindi und Urdu ganz allgemein geläufig ist und anzeigt, dass jemand an einem Ereignis beteiligt war. Man will damit jedoch betonen, dass der so als Ursprung des Geschehens Gekennzeichnete lediglich ein passives Instrument und nicht ein aktiver Initiant war. Die Art, in der unser Häftling diesen Ausdruck benützte, legte es auf jeden Fall nahe, dass es sich nur um eine ganz zufällige Verbindung zwischen der Hand des Angeklagten und dem Werkzeug des Totschlages gehandelt haben konnte.

Meine weiteren Untersuchungen ergaben, dass der Gefangene, wohl auf Grund einer Hirnarteriosklerose, an verminderter Urteilsfähigkeit sowie Labilität und Inkontinenz der Gefühle und Stimmungen, also an einem psycho-organischem Syndrom, litt. Ich kam zum Schluss, dass er nicht voll zurechnungsfähig sei für seine Tat und erstellte einen entsprechenden Bericht an die Gerichtsbehörde.

Ungefähr ein Jahr später wurde dieser selbe Mann wieder zu uns gesandt, wieder mit der Bitte, wir sollten ein Zeugnis über seinen Geisteszustand erstellen. Daran hatte sich inzwischen kaum etwas geändert. Alles was zu tun war, war eine Bestätigung des ersten Berichtes. Als ich dann den begleitenden Polizisten fragte, weshalb der Angeklagte ein zweites Mal zu uns gebracht worden sei, erklärte dieser: „Ja, sehen Sie, dieser Gefangene hat inzwischen selbst den Ruf erlangt, ein mächtiger „Pīr" zu sein. Sogar die Richter und die hohen Polizei-Beamten gehen zu ihm, um Ratschlag zu holen."

Nun konnte man sich natürlich leicht vorstellen, dass die Behörden sich

in einer verzwickten Lage befanden! Betrachteten sie den Untersuchungsgefangenen als einen besonders begabten Menschen, als jemanden, dessen Rat zu suchen sich lohnte, so mussten sie notwendigerweise annehmen, er sei geistig gesund. In diesem Fall jedoch gehörte er an den Galgen für seine Tat. Dann aber würden sie nicht nur ihren verehrten Ratgeber verlieren, sondern sie würden zudem noch riskieren, den Zorn und die Rache des noch mächtigeren „Pīr" herauszufordern, welcher nach Angabe des Angeklagten beleidigt worden war. Versuchten sie andererseits, dem Angeklagten das Leben zu retten, indem sie ihn als „schuldig, aber geistig nicht zurechnungsfähig" („guilty, but insane") beurteilten, so würden sie sich lächerlich machen, indem dann offenkundig würde, dass sie sich von einem Geistesgestörten beraten liessen. Die Sache hinauszuzögern und neue Dokumente in den Akten anzuhäufen war also ein bequemer Ausweg, um die schwierige Entscheidung zu vermeiden. Etwas später hörte ich, der Mann sei aus dem Gefängnis entlassen worden. Wie diese Befreiung begründet wurde, konnte ich jedoch nicht herausfinden.

Damals, als diese bemerkenswerte Geschichte passierte, hatte ich angenommen, es sei eine sehr seltene oder vielleicht sogar einzigartige Situation. Jetzt jedoch sah ich mich wieder in eine solche Affäre hineingezogen. Wie sich in der Folge zeigte, war diese noch viel reicher an bizarren Einzelheiten und an dramatischer Spannung als jener erste Fall, welcher schon in recht deutlicher Weise die Unzulänglichkeit und Relativität unserer westlichen Begriffe aufgezeigt hatte, und zwar nicht nur in bezug auf geistige Gesundheit und Krankheit, sondern auch auf die gesetzlichen und gerichtlichen Definitionen von „Recht" und „Unrecht".

Durch jenen ersten Fall bereits gewitzigt, formulierte ich nun also meinen Bericht über den „Mörder-Pīr" sehr vorsichtig. Nachdem ich meine eigenen Beobachtungen und die vom Gefängnispersonal erhaltenen Auskünfte zusammengefasst hatte, schrieb ich:

„Es ist schwierig, ohne mehr über den Angeklagten zu wissen, ein Urteil darüber abzugeben, ob die vernommenen Geschichten über seine übernatürlichen Kräfte als eine „Plus-Variante" menschlicher Möglichkeiten zu

werten sind oder ob er ganz einfach als geistesgestört anzusehen ist. Wenn das letztere, dann würde er am besten in die diagnostische Kategorie einer „schizo-affektiven Psychose" passen. Auf jeden Fall bin ichder Meinung, dass in seinem gegenwärtigen Zustand zwar für ihn selbst ein Erscheinen vor Gericht nicht schädlich wäre, dass er jedoch nichts Vernünftiges zu seiner Verteidigung gegen die Anklage des Mordes beitragen könnte. In dieser Hinsicht, also für seine Verteidigung vor Gericht, ist er als geistesgestört zu betrachten und als geistig unfähig, seine Verteidigung in der genannten Anklage zu unternehmen."

Drei Tage später forderte der „Magistrate", der offenbar mit meinem kurzen Bericht nicht zufrieden war, mich auf, dem Gericht im Original alle Notizen und Niederschriften zur Verfügung zu stellen, die ich während meiner Untersuchung des Angeklagten gemacht hatte. Ausserdem wurde mir mitgeteilt, dass ich als Zeuge vorgeladen sei und bei dieser Gelegenheit „alle von Ihnen niedergelegten Beobachtungen und die erhaltenen Auskünfte für das Gericht bereit halten" müsse, „so dass das Gericht die Möglichkeit hat zu sehen, ob Sie genügend Grund hatten, um zu Ihrem Schluss zu gelangen."

Für jemanden, der vor 20 Jahren daheim in der Schweiz sich einen guten Ruf als forensisch-psychiatrischer Gutachter erworben hatte, war das eher beschämend oder sogar verletzend. Ich konnte mich zuerst nicht einmal erinnern, ob ich tatsächlich Notizen gemacht hatte an jenem Tag, draussen in Regen und Kälte. Als ich in der Krankengeschichte nachsah, fand ich zum Glück, dass ich in Gegenwart des Angeklagten, am Boden kauernd, einige Zeilen gekritzelt hatte, die später durch weitere Notizen im Bureau des Gefängnisarztes ergänzt worden waren. Diese erwiesen sich jetzt als sehr nützlich. Nicht nur das ursprüngliche Gekritzel, sondern auch eine maschinengeschriebene Kopie wurden also, versehen mit Erklärungen und Kommentaren, an das Gericht abgesandt. Dies rettete mich vor einer weiteren Untersuchung des Gefangenen, welche der „Magistrate" vorgeschlagen hatte, falls keine eingehenden Notizen zu haben wären.

* * *

Zwei Wochen später bekam ich die Vorladung als Zeuge. Das kleine Landstädtlein, in welchem das Gericht des „Magistrate" tagte, war ungefähr 50 km weit entfernt. Der Gefängnisarzt bot mir an, mit ihm und den anderen Gefängnisangestellten die Reise zu unternehmen, wofür ich gerne zusagte. Zu meinem Schrecken fand ich dann, dass das bedeutete, mit dem Arzt und zwei Gefängniswärtern hinten auf einem offenen Lastwagen sitzen zu müssen, da in der Führerkabine der Angeklagte untergebracht worden war. Es war bitter kalt. Wir waren vor dem fallenden Schnee nur dürftig geschützt durch eine alte Blache, die mit ein paar Holzstücken lotterig an einem zerbrochenen eisernen Rahmen aufgehängt war. Hinten, durch einen Vorhang von wirbelnden Schneeflocken, war der Blick frei auf die trübe, neblige Landschaft, in der die kahlen Pappeln längs der Strasse mit monotoner Regelmässigkeit sich in der grauen Ferne verloren. Einer der Wärter wärmte sich kauernd an seinem „kangri". Der andere hatte einen grossen wollenen Schal mitgebracht, den wir drei nun, dicht aneinander gedrängt, miteinander teilten. Hie und da steckte einer der drei Männer eine Zigarette für den „Pīr" durch eine kleine Öffnung in die Führerkabine.

Nach 1½-stündiger Fahrt kamen wir beim Gerichtsgebäude an, inmitten einer ansehnlichen Schicht von Schnee und „Pflotsch". Als ich vom Lastwagen herunter stieg, sank einer meiner Füsse tief in diese nasskalte Masse; aber - oh Wunder! - er kam trocken heraus! Eine grosse Menschenmenge hatte sich versammelt, wie wenn eine sehr wichtige Persönlichkeit erwartet würde: die Verehrer des „Pīr". Als der grosse, kraftvoll wirkende Mann vom Fahrzeug herab stieg, wichen sie ehrfürchtig zurück. Mit grosser Würde bewegte er sich hinüber zur Terrasse des Gerichtsgebäudes; dort begann er, den Verkehr zu regeln: er sorgte dafür, dass die Menge Distanz hielt, erlaubte dem Gefängnispersonal, in seiner Nähe zu bleiben und gebot mir, mit einer befehlenden Gebärde, in den Gerichtssaal zu treten, mit der Bemerkung: „Sie ist meine Mutter; lasst sie eintreten."

Erst als das Verhör zu Ende war, merkte ich, dass der „Pīr" die ganze Zeit direkt hinter mir gestanden hatte oder, besser gesagt, wie ein Turm hinter mir aufgerichtet war. Um mich zu schützen? Um meine Gedanken zu lenken?

Obwohl der Raum vollgestopft war mit Leuten, die alle eifrig der Verhandlung folgten und mir sozusagen an den Lippen hingen, fühlte ich mich eigentlich ganz entspannt und behaglich in meiner Zeugenschranke: auf einem Stuhl vor einem kleinen Tisch, zur Rechten und etwas unterhalb des „Magistrate", der ein leutseliger, höflicher, noch recht junger Mann war.

Meine Argumente waren gut begründet, soweit es auf psychiatrische Formulierungen und Gerichtspraxis ankam. An den feinen Wendungen und Drehungen, mit welchen der „Magistrate" beim Diktieren des Protokolles an den Stenographen jeweils meine Aussagen wiedergab, konnte ich leicht erraten, dass er es vermeiden wollte, den Fall über seine eigene lokale Gerichtsbarkeit hinaus an ein höheres Gericht gelangen zu lassen. Dafür war das Material, das ich ihm bereits geliefert hatte, sehr willkommen. So war die Sache nicht schwierig, wenigstens so lange nur die Fähigkeit des Angeklagten, sich in seiner Sache zu verteidigen, und sein Geisteszustand im allgemeinen zur Diskussion standen.

Die üblichen Fragen wurden gestellt: Ist die Geistesgestörtheit total oder nur teilweise? Kann der Angeklagte verstehen, was ein Eid ist? Worauf ich antwortete, dass er das wohl verstehen könne, dass er aber vermutlich die Befugnis des „Magistrate", einen Eid von ihm zu verlangen, nicht erkennen würde, da er offensichtlich sich selbst als den höchsten Richter betrachte. - Ob die geistige Störung erblich sei? Welch andere Faktoren dazu hätten beitragen können? Ob die Geistesgestörtheit schon zur Zeit der Tat bestanden habe oder erst nachher aufgetreten sei? Ob es möglich wäre, dass der Angeklagte nur eine geistige Störung vortäusche? Was seine besondere „Manie" (im Sinne einer speziellen Wahnidee) sei? Könnte das Verbrechen eventuell in einem freien Intervall begangen worden sein? und so weiter. Aber die eine Frage, die ich mit Unbehagen voraussah, kam unweigerlich schliesslich auch: „Wenn der Angeklagte geistesgestört ist, ist dann diese Störung solcher Art, dass es absolut notwendig ist, ihn in einer Irrenanstalt zu versorgen, oder kann er auf freien Fuss gesetzt werden?"

War er wirklich des Mordes angeklagt - und dazu noch des Mordes durch einen unberechenbaren Geisteskranken! -, wie konnte ich dann die

Verantwortung auf mich nehmen, ihn frei zu setzen? Andererseits, falls ich die Notwendigkeit seiner Versorgung bejahen würde, wie würde ich als der Direktor desjenigen Spitals, in dem er interniert werden müsste, mit den vielen Problemen fertig werden, welche seine Anwesenheit in meiner Anstalt schaffen würde? Schon jetzt hatten einige meiner Angestellten, die wussten, dass ich in diesem Falle vor Gericht erscheinen musste, mich gewarnt, ihn ja nicht ins Spital aufzunehmen. Sie fügten weitere Geschichten über die Wundertaten des „Pīr" hinzu, und einer von ihnen stellte, mit einem bedeutungsvollen Blick zum Himmel hinauf, fest: „Dieser Mann kann nur von Gott gerichtet werden." Der Angeklagte hatte offensichtlich seine eigenen Ansichten über die sichere Distanz, die um ihn herum aufrecht erhalten werden musste. Wo immer er wäre, würde er sich zweifellos als den Befehlshaber betrachten. Wie würde ich dann unangenehme oder gar gefährliche Zusammenstösse vermeiden können, falls ich nicht bereit wäre, mich durch ihn als „Super-Chef" übertrumpfen zu lassen, vor dem dann alle Angestellten sich in Ehrfurcht beugen würden? Wenn nicht einmal die Polizei- und Gefängnisbehörden es wagten, ihm Handschellen anzulegen, wie könnte dann ich ihn auf Lebenszeit in eine Zelle einsperren? Sogar Kämpfe zwischen Hindus und Mohammedanern oder gar politischer Aufruhr könnten die Folgen sein in dieser so leicht entflammbaren Umgebung! Und dann: Wie würden seine Verehrer sich dazu stellen, dass ihr hoch geachteter geistlicher Führer und Heiler als Verrückter gekennzeichnet werden sollte, und sie ausserdem seinen Rat und seine Hilfe missen müssten? Und endlich - eine Möglichkeit, die auch ein nüchterner europäischer Psychiater nicht ausser Acht lassen konnte! - wie würde eventuell der „Pīr" selbst sich dafür rächen, dass er in eine Irrenanstalt eingesperrt würde?

Der „Magistrate" hatte mir einen willkommenen Wink gegeben, indem er in seiner Frage das „absolut" betont hatte. War es „absolut notwendig", den Angeklagten in einer Irrenanstalt zu versorgen? Das eröffnete eine Möglichkeit! Aber es war etwas, das sorgfältiges Überdenken und geschicktes Formulieren erforderte. Ich erklärte deshalb, die Frage, die mir ursprünglich vorgelegt worden sei, habe sich nur darauf bezogen, ob der Angeklagte fähig sei, sich vor einem Gericht zu verteidigen. Diese Frage konnte auf Grund meiner kurzen

Untersuchung des Angeklagten genügend beantwortet werden. Alles weitere jedoch könne nur in angemessener Weise beurteilt werden auf Grund eingehender Beobachtung und, wenn möglich, unter Zuhilfenahme von Auskunft über seine Lebensgeschichte, seine Familienverhältnisse, seine Gewohnheiten, und vor allem auch über den Hergang der angeblichen Tat selbst, über die ich bisher ganz im Dunkeln gelassen worden war.

Der „Magistrate" erlaubte bereitwillig, dass ich mir mehr Zeit nehme. Einer der Verwandten des „Pīr" und mehrere seiner Jünger anerboten sich, ins Spital zu kommen, um Auskunft zu erteilen. Ich selbst - auf diese Weise offensichtlich betonend, dass der Mann nicht gefährlich sei! - schlug vor, auf dem Rückweg nach Srinagar neben ihm in der Führerkabine zu sitzen (womit ich mir gleichzeitig einen warmen Platz für die Heimfahrt sicherte). Ferner würde ich ihn auch nochmals im Gefängnis besuchen, um weitere Gelegenheit zu haben, ihn zu beobachten. Dies entspannte die Situation für den Moment. Der Staatsanwalt und die Advokaten, die an der Schranke gestanden hatten, gingen weg, und der „Pīr" wurde von der Menge seiner Freunde und Verehrer mitgenommen - wie ich nachher merkte, um im Wartsaal des Gerichtsgebäudes eine Art Festmahl zu geniessen! Während ich im Gerichtssaal sass und darauf wartete, dass mir das Protokoll maschinengeschrieben vorgelegt werde, brachte man auch für mich Tee, Milch, Brot und Kuchen, vermutlich ebenfalls von den Freunden des „Pīr" gestiftet.

Der „Magistrate", der nun in gelockerter Stimmung war, liess sich auf eine ungezwungene Unterhaltung ein. „Sehen Sie," erklärte ich ihm, „ich kann mir Ihr Dilemma sehr gut vorstellen." Aus meiner Mappe zog ich eine Kopie des Artikels, den ich über die „Pīr" und „Faqir" in Kashmir geschrieben hatte [8] und zeigte auf die darin enthaltene Geschichte des früheren, ähnlichen Falles . Er griff eifrig danach, und am belustigten Ausdruck, der sich beim Lesen auf seinem Gesicht zeigte, konnte ich merken, dass er sofort verstanden hatte, was ich zu seiner Kenntnis bringen wollte.

„Diese Art von Gerichtsfall", so fuhr ich fort, „kann nicht eindeutig nur gemäss <u>einem</u> Prinzip entschieden werden. Unsere modernen psychiatrischen Begriffe und auch Ihre Gesetze und gerichtlichen Bräuche können die darin

sich zeigenden Phänomene nicht genügend berücksichtigen. Immerhin, es wäre vielleicht nützlich, wenn ich ein wenig mehr über das angebliche Verbrechen wissen dürfte.“ Der „Magistrate“ war einverstanden, mir Einzelheiten bekannt zu geben und begann, in seinem Aktenbündel zu blättern.

„Der Gefängnisarzt hat mir angedeutet“, sagte ich nun, „dass ein Mann, der als schlechter Kerl galt, tot aufgefunden worden sei in der Nähe des Ortes, an dem der „Pīr“ sich gewöhnlich aufhält. So wie er, der Doktor, es darstellte, war ein Stein, obwohl vermutlich aus einiger Distanz geworfen, auf wunderbare Weise 2 - 3 cm tief in den Schädel des Opfers eingedrungen. Dies erinnert mich an die originelle Art von „Euthanasie“, über die man mir vor Jahren in der Bretagne berichtete. Dort, in einem der Dörfer entlang der Küste, hatte gemäss einem alten Brauch, der noch bis zu Beginn dieses Jahrhunderts ausgeübt wurde, jeweils der älteste der Bewohner, wenn er oder sie des Lebens müde war, das Recht, sich um „Sterbehilfe“ zu bewerben. Der oder die Nächstjüngere, also die Person, die vermutlich der nächste Kandidat für eine beschleunigte Reise ins Jenseits sein würde, nahm dann einen Stein, der besonders für diesen Zweck aufbewahrt wurde, den sogenannten „marteau béni“, um damit den Schädel des Bewerbers zu zerschmettern. Die suggestive Wirkung dieses alten Brauches soll so stark gewesen sein, dass gewöhnlich eine sanfte Berührung der Scheitelgegend mit dem Stein genügte, um die lebensmüden Alten aus dieser Welt wegscheiden zu lassen. Ist es vielleicht etwas von dieser Art? Eine symbolische Hinrichtung, bei der übernatürliche Kräfte mitwirkten, die unser „Pīr“ sich geleistet hat?“

Der „Magistrate“ lachte: „Nein, es scheint nicht so zu sein. Auf Grund der wenigen Tatsachenberichte, die wir haben, ist anzunehmen, dass eine ganz grob materielle Einwirkung stattfand.“

Aus seinem Dossier zog er nun nicht nur einen Bericht des Gerichtsmediziners - welcher, wie ich später erfuhr, nur sehr zögernd abgegeben worden war! -, sondern auch eine Serie von Photographien. Diese liessen keinen Zweifel übrig, dass, wer auch immer der Mörder gewesen sein mochte, er recht gründliche Arbeit geleistet hatte, indem er den Schädel seines Opfers durch wiederholte Schläge auf die linke Seite ganz aus der Nähe

zertrümmert hatte. Sogar das Instrument, mit dem dieses Werk vollbracht worden war, wurde nun vor mir ausgepackt: ein schwerer und harter Stein, ungefähr so lang wie eines Mannes Hand, und von einer Dicke, die ganz handlich in eine geschlossene Faust passen konnte. Einige scharfe Kanten und Spitzen trugen immer noch Blutspuren. Wahrhaftig ein gruseliges Werkzeug!

„So besteht also“, bemerkte ich, „der Hauptfehler des 'Pīr', falls er überhaupt der Schuldige ist, darin, dass er sich aus seiner Welt der Magie heraus wagte und sich dazu herabliess, sich den einfachen Gesetzen der Mechanik und der Kausalität unserer konkreten Welt zu unterwerfen! Wenn er den Mann nur durch einen Fluch getötet hätte, so hätte er wohl nicht vor Ihrem Gericht zu stehen.“

„Sie haben recht“, stimmte der „Magistrate“ zu. „Aber wir haben nicht einmal genügend Beweise, dass er es tatsächlich getan hat. Es sollen viele Leute zugegen gewesen sein, als das Opfer - entgegen der Warnung des 'Pīr', er solle sich ihm nicht nähern, da er als Schurke und Dieb bekannt war - zum Gegenstand des Zornes des 'Pīr' wurde. Jetzt aber ist kein einziger bereit, Zeugnis abzulegen. Sie sagen alle, sie wüssten um die Sache nur vom Hörensagen. Sie behaupten, der Mann sei von der nahen Brücke herunter gefallen, oder jemand anders habe ihn umgebracht und Leute, die dem 'Pīr' grollten, hätten die Leiche in seine Nähe gelegt, so dass er verdächtigt werden sollte. Andere erzählen, dass der 'Pīr', welcher den Mann verwundet aufgefunden habe, ihn selbst zu seinem Aufenthaltsplatz getragen habe, um sich dort seiner Wunden anzunehmen.“

„Wenn der 'Pīr' ihn wirklich in Gegenwart seiner Verehrer getötet hat“, so fragte ich, „warum versuchte dann niemand, ihn daran zu hindern? Und warum machte das Opfer keine Anstrengungen, davon zu rennen? War er durch Zauberei an Ort und Stelle gebannt, wie das Kaninchen vor der Schlange?“

„Das kann ich auch nicht verstehen“, erwiderte der „Magistrate“. „Auf alle Fälle, streng gerichtstechnisch gesehen, habe ich keinen stichhaltigen Fall gegen ihn. Auf Grund dieser dürftigen Aussagen, die sich nur auf begleitende Umstände beziehen, müsste ich die Sache einfach als unbewiesen abfertigen, wenn der Angeklagte ein gewöhnlicher, geistig unauffälliger Mensch wäre. So

wie es ist, müssen wir nun dieses Problem der geistigen Zurechnungsfähigkeit lösen. Der Angeklagte antwortete einfach nicht auf mein Befragen; er schien sich überhaupt nicht darum zu kümmern. Nur einmal, als ich versuchte, aus ihm eine Aussage heraus zu quetschen, wurde er ganz bedrohlich. Ich liess ihn für ein paar Wochen gegen Bezahlung einer Kaution bedingt auf freiem Fuss. Dann weigerte er sich jedoch, der Vorladung zu einem erneuten Verhör Folge zu leisten. So musste ich ihn eben für einige Zeit in sichere Obhut bringen."

Als schliesslich die maschinengeschriebene Kopie des Protokolles gebracht wurde und ich, nach Korrigieren der vielen Fehler, das Dokument unterschrieben hatte, schieden der „Magistrate" und ich als gute Freunde voneinander, beide gewiss, dass wir einander verstanden hatten und uns gegenseitig vertrauen konnten.

Und nun kam die Rückfahrt. Mit den Eigenheiten des „Pīr" nun bereits ein wenig vertraut, fragte ich ihn höflich, ob es ihm recht sei, wenn ich neben ihm in der Führerkabine sitze. Er hatte nichts dagegen. Da er bereits auf dem Mitfahrersitz sich eingerichtet hatte, kletterte ich von der Seite des Führersitzes hinauf, zwängte mich hinter dem Steuerrad durch und setzte mich in der Mitte nieder.

Es ging bereits gegen Abend, und in der Dämmerung erschien die Schneelandschaft noch öder und verlassener als am Morgen. Die kleinen Dörfer mit ihren verlotterten, strohgedeckten Hütten, umgeben von Weidenbäumen, schlammigen Weihern und zerzausten Strohhaufen, die Bewohner in ihren weiten Gewändern und den aus Stroh geflochtenen Sandalen, hatten mich schon immer an spät-mittelalterliche Szenen erinnert, wie man sie z.B. auf den Gemälden von Bruegel und Hieronymus Bosch zu sehen bekommt.Mehr denn je wird mir klar, dass nicht nur diese äussere Landschaft, sondern auch der ganze Stil und Geist des sich darin abspielenden Lebens noch dem Mittelalter angehört. Und wie können dann ein moderner Psychiater und ein Strafgesetz, das von den früheren britischen Herrschern importiert worden ist, dieser Welt gerecht werden? Der „Magistrate", der Gefängnisarzt, ich selbst, wir alle sind darin lächerliche Anachronismen. Gott oder diejenigen, durch welche er seine Macht auszuüben beliebt, sind Richter über Recht und Unrecht, über Leben und

Tod! Und dann, was würde in einer solchen Welt „geistesgestört", „geistig unzurechnungsfähig" heissen? Indische Sprachen haben ja auch heute noch Ausdrücke für „Verrücktheit", welche auf ein Element göttlicher Inspiration hinweisen!

Unterdessen sitzt der „Pīr" neben mir, still, gedankenvoll, brütend. Von Zeit zu Zeit brummelt er ganz abrupt ein paar Sätze. Leider, da er nur sehr leise spricht und dazu auf Kashmiri, kann ich nicht verstehen, was er sagt. Hie und da bricht er plötzlich in heiteres Lachen aus. Ein- oder zweimal versuche ich, Konversation zu machen. Er duldet es mit einem gutmütigen Lächeln, so wie man etwa auf das Plaudern eines Kindes reagieren würde, aber antwortet nicht. Einmal biete ich ihm einige der gerösteten Linsen an, die ich selbst knuspere. Er lehnt ab. Er seinerseits offeriert mir in galanter Weise eine der Zigaretten, welche der Chauffeur oder der Arzt aus dem hinteren Teil des Lastwagens ihm zustecken. Als ich ablehne mit der Begründung, dass ich keinerlei Suchtmittel zu mir nehme, scheint er erfreut zu sein. Ich bemerke, dass er die Zigarettenstummel durch ein winziges Löchlein in der Wagentüre, aus dem vermutlich eine Schraube hinausgefallen ist, ins Freie hinaus schiebt.

Als wir schliesslich wieder beim Gefängnis anlangen, öffnet der „Pīr" selbst die Tür des Fahrzeugs und steigt aus. Keinerlei Versuch, sich davon zu machen. Anstatt aber gerade durch das Tor zu gehen, das sich bei unserer Ankunft öffnet, springt er auf einen kleinen Sockel neben der Türe, zwängt sich zwischen der Mauer und einer ornamentalen Säule hindurch, und erst nach diesem merkwürdigen Umweg tritt er durch das Tor. Ob er vielleicht damit Busse ablegen musste für die Tatsache, dass ich seinetwegen auf ähnliche Art mich beim Einsteigen in den Lastwagen hinter dem Steuerrad durchwinden musste?

* * *

Zwei Tage später kamen die Auskunftspersonen, zusammen mit dem Gefängnisarzt. Die Geschichte, die ich von ihnen über den „Pīr" zusammenstellen konnte - vor allem von seinem Vetter mütterlicherseits -, ist

erwähnenswert. Ich will sie so darbieten, wie ich sie in meinen Bericht an den „Magistrate" einfügte:

„Der Angeklagte, jetzt ungefähr 39 Jahre alt, ist ein Abkömmling einer gut bekannten „Pīr"-Familie. Sein Grossvater väterlicherseits war ein sehr berühmter „Pīr" und Wundertäter. Sein Vater, ebenfalls als „Pīr" tätig, starb in jungem Alter. Seine Mutter lebte, bis der Angeklagte ungefähr 25-jährig war. Er wurde von der Mutter und dem Vetter mütterlicherseits, dem wir die meisten Auskünfte verdanken, erzogen. Er hat eine ältere Schwester, die noch lebt und mit einem „maulvi" (mohammedanischer Priester) verheiratet ist. Ein älterer Bruder starb im Alter von 15 Jahren. Alle Auskunftspersonen sind sich einig, dass der Angeklagte ein gefügiges, sanftes, folgsames Kind war, eher zurückgezogen, nicht sehr zum Spielen geneigt, sondern schon früh voller Interesse für religiöse Bräuche und Veranstaltungen und gerne den „Pīr" und „Faqir" nachlaufend. Er besuchte die Schule ungefähr 8 Jahre lang vom 7. Altersjahr an und galt als guter Schüler. Es wird nichts berichtet über irgendwelche schwere Erkrankungen, noch über Unfälle oder gar Krampfanfälle in der Kindheit. Auch in späteren Jahren soll er immer bei guter Gesundheit gewesen sein.

Er wurde im Alter von 21 Jahren verheiratet. Nachdem er zwei Kinder - einen Sohn und eine Tochter, jetzt 17-, respektive 15-jährig - gezeugt hatte, schied er sich 1961 von seiner Frau, auf die Initiative seiner Schwiegermutter hin. Er hinterliess all seinen Besitz seiner Frau und vertraute seine Kinder der Fürsorge Gottes und der Verwandten an.

Was sein Berufsleben anbetrifft, so wissen wir, dass er auf Drängen seines Vetters sich mit 18 Jahren, also einige Jahre nachdem er die Schule verlassen hatte, zum Polizeidienst rekrutieren liess. Obwohl er seine Pflichten befriedigend erfüllte, gab er diesen Beruf schon nach wenigen Monaten auf, um sich mehr und mehr religiösen Übungen hinzugeben und das Leben eines „Pīr" zu führen, der seinen Besuchern „tabiz", d.h. Amulette, verteilt.

Von 1961 an änderten sich seine Gewohnheiten noch merklicher. Er suchte die Einsamkeit in den Wäldern auf, blieb fast sechs Jahre dort und hielt sich dann während weiteren drei Jahren hoch in den Bergen auf. Man sagt, er

habe dort Schlangen auf seinem Schoss gefüttert und wilde Tiere hätten sich ihm ohne Scheu genähert. Er trug kaum Kleider und blieb oft tagelang ohne Nahrung.

Ungefähr 1970/71 kehrte er an seinen Geburtsort zurück und sass nun gewöhnlich beim Denkmal eines alten Heiligen. Es wurde bekannt, dass er verschiedene Wundertaten vollbrachte; so besuchten die Leute ihn immer häufiger. Gemäss den Auskunftspersonen soll er Hunderte von Anhängern haben. Er soll nicht nur im ganzen Kashmir-Tal, sondern weit darüber hinaus berühmt sein. Er mache keine Unterschiede zwischen Angehörigen verschiedener Religionen."

Was die kürzlichen Ereignisse anbetrifft, so war sein Vetter, der selbst ein Gesuchsschreiber am Gerichtshof war und sich deshalb gut in der Gerichtspraxis auskannte, ganz vernünftig. Er verstand die Notwendigkeit von einiger Vorsicht für die Zukunft und gab auch zu, dass der „Pīr" seine Eigenheiten und unberechenbaren Launen habe. Die übrigen drei Männer jedoch, Nachbarn und Anhänger, machten eindeutig klar, dass ihrer Meinung nach keinerlei Grund für irgendwelche Sicherheitsmassnahmen bestehe, ja überhaupt nicht einmal für einen Gerichtsfall, da ihr „Pīr" sich nie etwas habe zuschulden kommen lassen. Sie behaupteten ihrerseits, die „Pandits", also die Hindus des kleinen Städtleins seien erbost gewesen, weil der „Pīr" oft auf ihrem Leichenverbrennungsplatz am Flussufer zu sitzen pflegte. Sie nahmen nicht nur übel, dass die Gegenwart eines Mohammedaners den für sie heiligen Ort entweihte; sie fürchteten überdies, dass eines Tages der „Pīr" dort sterben könnte und dann der Ort als mohammedanisches Heiligtum erklärt würde und sie so ihren Verbrennungsplatz verlören. Kurz und gut: die Auskunftsgeber behaupteten, der „Pīr" sei ein sehr sanftmütiger, friedfertiger Mann, der noch nie jemandem etwas zuleide getan habe.

Es blieb mir nun übrig, den „Pīr" für eine weitere Exploration oder wenigstens Beobachtung nochmals im Gefängnis zu besuchen. Als ich versuchte, die Zeit für meinen Besuch mit Hilfe des Gefängnisarztes festzulegen, fand ich diesen, meinen Kollegen, merkwürdig zurückhaltend. Der einzige Tag, der übrig blieb, bis ich wieder vor dem „Magistrate" zu erscheinen

hatte, war ein Sonntag. Der Arzt bestätigte mir zwar, er habe Sonntagsdienst und werde mir helfen, den Angeklagten zu besuchen. Dann jedoch argumentierte er, ich könne allein nicht zum Gefängnis kommen. Infolge des anhaltenden Schneewetters sei der Weg zu ungangbar. Er werde deshalb, auf einem langen Umweg, ein Fahrzeug für mich senden. Aber ob das an einem Sonntag möglich sein werde? - Dann schlug er plötzlich vor, ich solle um eine Verschiebung des Gerichtstermins bitten. Später verriet er mir dann, warum ihm so viel daran lag, die Sache zu verzögern: Unsere Zeugen, die offenbar gemerkt hatten, dass er selbst zu einem begeisterten Bewunderer des „Pīr" geworden war, hatten ihn dafür gewonnen, ihnen beim Hinausschieben der Gerichtsverhandlung behilflich zu sein. Als Grund dafür gaben sie an, der gegenwärtige „Magistrate", ein Hindu, sei dem Angeklagten nicht günstig gesinnt. Nicht nur er, der „Magistrate", sondern auch ich waren nach ihrer Meinung darauf aus, den Angehörigen des „Pīr" eine Kaution aufzuerlegen, falls er freigelassen werden sollte. So viel sie wussten, stand jedoch eine Versetzung des „Magistrate" bevor und sein Nachfolger - vermutlich ein Mohammedaner - würde dann den Angeklagten ohne jegliche Bedingung und Verpflichtung auf Seiten der Angehörigen freisetzen. So wollte man sich offenbar auch meiner bedienen, um die erhoffte Verzögerung zu erlangen.

Ich liess mich jedoch nicht auf diesen Kuhhandel ein und machte klar, dass meine Meinung bereits gebildet sei und ich sie sogar jetzt schon äussern könnte. Wenn seine Angehörigen darauf bestehen wollten, die Sache hinaus zu zögern, so hätte ich nichts dagegen. Sie könnten dann ihren Zweck erreichen, indem sie mit dem „Magistrate" um die Garantiesumme feilschen würden, falls er eine solche auferlegen sollte. Ich bestand darauf, meinen Besuch beim Angeklagten am Sonntag abzustatten und erklärte, dass ich alle möglichen Anstrengungen machen und, wenn nötig, auch selbst für den Transport sorgen würde, um am Montag bei der Gerichtsverhandlung zu erscheinen.

Einer meiner Kollegen, aus der Gegend stammend, in welcher der „Pīr" tätig war, erzählte mir unterdessen, so viel er wisse, habe dieser Mann schon ungefähr ein halbes Dutzend Leute umgebracht. Aber niemand habe auch nur gewagt, die Polizei zu benachrichtigen. Er fügte bei: „Die Opfer waren alles

Bösewichte und verdienten, getötet zu werden.‟

* * *

Am Sonntagmorgen bahnte ich mir durch Schnee und Dreck einen Weg zum Gefängnis. Der Arzt war nirgends zu finden! Es gelang mir, den Gefängnisdirektor aus seiner Wohnung zu rufen, wo er sich mit einem Schnupfen pflegte. Er erlaubte mir bereitwillig, den Gefangenen zu sehen. Als ich meine Vermutung über die Voreingenommenheit des Arztes äusserte, stimmte er mir bei: „Ja, unser Doktor ist ein ganz überzeugter Verehrer des 'Pīr' geworden. Ich selbst glaube nicht an solche Sachen.‟ Obwohl er ein gebildeter Mann war, begründete er diesen Standpunkt sonderbarerweise nicht mit rationalen und intellektuellen Argumenten, sondern fügte nur ganz schlicht und bescheiden bei: „Sehen Sie, solche Leute wie unser 'Pīr' sollten nur von denjenigen aufgesucht werden, welche ihre Gebete regelmässig aufsagen und nie eine Lüge tun. Ich aber gehöre nicht zu dieser Sorte.‟ Dann, während er anscheinend intensiv damit beschäftigt war, den vor uns stehenden Jeep zu inspizieren, murmelte er: „Aber wenn Sie dem Mann helfen können, so tun Sie es bitte. Er ist ein armer Teufel!‟

Heute wird der Gefangene ins Besuchszimmer bei der Eingangspforte gebracht. Zwei Wärter sollen mir als Dolmetscher helfen. Sie machen jedoch ihre Sache sehr liederlich, indem sie entweder unnötigerweise sich einmischen oder dann zögern, das auf Urdu zu übersetzen, was der „Pīr‟ auf Kashmiri sagt. Diesmal besteht keine Notwendigkeit für mich, die Rolle des forensischen Experten und Untersuchers zu spielen. Es steht mir frei, die sanfte, sympathisierende Art der Annäherung eines Psychiaters zu wählen, den Patienten zu ermutigen, sich in einer therapeutischen Unterredung von seinen Sorgen zu entlasten. Der „Pīr‟ spricht jedoch nicht; er seufzt nur von Zeit zu Zeit tief und schwer. Sein düsteres, schwermütiges Vorsichhinbrüten scheint heute weniger der Ausdruck einer allgemeinen Sorge um den Lauf der Welt und ihre Übel zu sein, sondern eher persönlichen Schwierigkeiten zu gelten. Es ist ihm offensichtlich nicht wohl in seiner Haut. Legt er sich vielleicht

Rechenschaft ab darüber, dass es ihm nicht gelungen ist, die Kräfte, die er durch jahrelanges asketisches Leben in sich gesammelt hatte, zusammen zu halten und zu beherrschen? Oder bereitet es ihm Verlegenheit, dass er sich verleiten liess, ein so grob materielles Werkzeug zu verwenden, wo subtile Magie viel besser zu seiner Rolle gepasst hätte? Ist er sich seiner Schuld bewusst, aber zu sehr verwachsen mit seinem Ruf als Heiliger, zu sehr der hohen Meinung verpflichtet, welche die Leute von ihm haben, um sich und andern seine Verfehlung einzugestehen? Weiss er vielleicht, dass um seinetwillen seine Anhänger sich in Lügen verstrickt und falsche Eide geschworen haben?

Obwohl er anscheinend meiner Anwesenheit gewahr ist und den Ton spürt, in dem ich diesmal die Annäherung versuche, tut er fast die ganze Zeit so, als sei ich nicht da. Er sitzt auf der Fensterbank, sieht auf den Hof hinaus und wechselt ein paar Worte mit einem Mitgefangenen, der sich dort draussen befindet. Dann steht er wieder auf, öffnet die Tür und untersucht das Schloss. Hie und da murmelt er etwas oder sieht seine Finger an, sie zählend oder mit ihnen spielend. Es wird mir bald klar, dass ausser diesem Hauch einer Gemütsstimmung, die verschieden ist von dem, was ich beim ersten Besuch angetroffen hatte, nichts zu gewinnen ist, auch wenn ich die Beobachtung noch weiter ausdehnen würde. So beende ich meinen Besuch und gehe heim, um dort meinen Bericht zu schreiben, wobei ich zu folgendem Schluss gelange:

„...Was meine eigenen Beobachtungen anbetrifft, die ich während der Rückfahrt vom Gericht nach Srinagar am 30.1.75 und während eines Besuches im Zentralgefängnis von Srinagar am 2.2.75 anstellen konnte, so bestätigten diese meinen früheren Eindruck, nämlich dass, gemäss Terminologie moderner Psychiatrie und gemäss Gerichts-Usus, der Angeklagte zu klassifizieren ist als „geistesgestört und deshalb unfähig, seine Verteidigung in der gegen ihn vorliegenden Anklage zu übernehmen."

„Was die Frage anbetrifft, ob „es absolut notwendig sei, dass er in einer psychiatrischen Anstalt versorgt werde", so ist meine Antwort: Nein. Die Gründe hiefür sind folgende: „Absolut" heisst vermutlich „unter allen und jeglichen Umständen und zu jeder Zeit und an jedem Ort." Sogar

internationale Autoritäten und Organisationen sind sich jedoch heutzutage darüber einig, dass es kein universell gültiges Kriterium gibt, gemäss dem geistige Gesundheit oder Krankheit eindeutig beurteilt werden kann. Solche Begriffe hängen eng mit dem jeweiligen kulturellen Hintergrund zusammen. Vor allem ist die Notwendigkeit, eine Person, die geistige Abweichungen zeigt, in einem psychiatrischen Spital zu internieren, immer umgekehrt proportional zum Grad der Toleranz für abwegiges Verhalten, der in der betreffenden kulturellen Umgebung üblich ist. Sogenannt „traditionelle Gesellschaften" haben für ihre Geistesgestörten verschiedene Rollen („sick roles") und soziale Möglichkeiten, innerhalb welcher Personen mit abwegigem Verhalten ohne Notwendigkeit einer Hospitalisation leben können. In manchen Gesellschaften - wie dies auch gewisse sprachliche Ausdrücke für „Verrücktheit" bezeugen - werden solche Personen sogar speziell geachtet und als göttlich inspiriert verehrt. Unter solchen Umständen kann das, was nach modernem Erachten als „Wahnidee" gelten würde, zu einem von anderen geteilten Aberglauben oder sogar Glauben („shared belief") werden und verliert dann seinen Wert als Symptom einer Geisteskrankheit ...Wenden wir dies nun auf den vorliegenden Fall an, so heisst das: Der Angeklagte geniesst in seiner Nachbarschaft und weit darüber hinaus den Ruf eines berühmten und sehr wirksamen „Pīr", der tief religiös gesinnt ist und Wunder tun kann. Er wird allgemein als tolerant, sanftmütig und liebevoll geschildert, wenn auch einige seiner Anhänger zugeben, dass er zeitweise, wenn man sich ihm in ungebührlicher Weise nähere, Ärger und Zorn zeigen könne. Unsere Auskunftspersonen verneinen, dass er an der zur Diskussion stehenden Untat beteiligt war und behaupten, er sei fälschlicherweise in die Sache hinein gezogen worden. Ich selbst konnte feststellen, dass nicht nur viele unter den Gefängnis-Angestellten, sondern auch einige unter dem Personal des psychiatrischen Spitals, die darum wussten, dass ich in diesem Falle Zeugnis ablegen sollte, völlig überzeugt sind von den übernatürlichen Kräften des Angeklagten, sowie auch von seiner Heiligkeit.

Unter diesen Umständen, und in Anbetracht seiner Tendenz, ungebührliche Annäherungen übel zu nehmen, wäre es äusserst schwierig, den

Angeklagten in einer psychiatrischen Anstalt unterzubringen. Man müsste ihn geradezu auf Lebzeit in einer Zelle isolieren, da er sonst nicht genügend geschützt werden könnte vor unerwünschtem Kontakt mit anderen Patienten und Personal. Ausserdem wären die Angestellten ständig in Ehrfurcht vor ihm und in Angst vor einer Manifestation seines Unmutes über die Einschränkung seiner Freiheit. So würde die Atmosphäre des ganzen Spitals gespannt. Solch extreme Massnahmen, nämlich lebenslängliche Isolierung in einer Zelle, scheinen jedoch nicht gerechtfertigt im Hinblick auf den Mangel an Beweismaterial dafür, dass der Angeklagte tatsächlich des angeblichen Verbrechens schuldig ist.

Es scheint mir, dass grössere Sicherheit herrschen würde, wenn er der Sorge und Aufsicht derjenigen überlassen wird, die ihn als ihren geistlichen Führer verehren, und die seine Gewohnheiten und Eigenheiten kennen und seine Wünsche respektieren. Von diesen Leuten, vor allem von seinem Vetter mütterlicherseits, sollte aber Gewähr dafür verlangt werden, dass sie ihn sorgfältig überwachen und vor allem Vorkehrungen treffen, die geeignet sind, die Annäherung unerwünschter Personen, die den Zorn des Angeklagten hervor rufen könnten, zu verhindern."

Das Gefühl der Erleichterung, das ich spürte, als ich den Bericht fertig verfasst hatte, zeigte mir an, dass ich nicht nur eine zufriedenstellende, ja vielleicht sogar elegante Lösung der kitzligen Situation vom intellektuellen, beruflichen Standpunkt aus gefunden hatte, sondern dass auch meine Sorge um medizinische Ethik und, darüber hinaus, mein persönliches Gewissen zur Ruhe gebracht worden waren.

Am nächsten Morgen war ich gerade im Begriff, das Spital zu verlassen, um die Reise zum Gericht allein anzutreten, als man vom Gefängnis meldete, es sei dort ein Fahrzeug startbereit. Diesmal war es ein grosser, bequemer Polizei-Autobus, grell rot und blau bemalt. Ungefähr ein halbes Dutzend Gefängniswärter und Polizisten hatten darin Platz genommen. Als ich den Gefängnisarzt fragte, was denn die alle hier zu tun hätten, zuckte er nur die Schultern. „Wahrscheinlich einfach für die Ausfahrt und um ihre Reise-Entschädigung zu beziehen." Die Stimmung war tatsächlich die einer fröhlichen

Ausflugs-Gesellschaft. Sogar der „Pīr‟, welcher auf dem vordersten Sitz thronte, war in heiterer Laune und plauderte hie und da mit dem Doktor, der gerade hinter ihm, neben mir, sass. Er nannte mich spasshaft „thanedār‟, das heisst „Chef eines Polizeipostens‟. Dass er, der selbst einmal Polizist gewesen war, mich so als Vorgesetzten anerkannte, war schmeichelhaft und ermutigend!

Heute hatte sich die Sonne heraus gewagt. Fast aller Schnee war geschmolzen und, in lebhaftem Kontrast zu den wenigen noch verbliebenen weissen Flecken, verriet das leuchtende Braunrot der Weidenruten bereits den nahen Frühling.

Beim Gerichtsgebäude angelangt, wurden wir wieder von einer grossen Menschenmenge willkommen geheissen. Der „Pīr‟, wie ein hoher Würdenträger, stieg zuerst aus dem Autobus. Langsam und bedächtig schritt er zu einem der Hinterräder und, sein langes Gewand aufhebend, übergoss er das Rad mit einem kräftigen „Brunnen‟, wie wenn er damit dem Vehikel feierlichst seinen Segen erteilen wollte. Dann gingen alle zum Wartsaal, wo offenbar bereits ein festlicher Schmaus im Gang war. Bald wurde ich vor den „Magistrate‟ gerufen. Diesmal war kein Publikum im Gerichtssaal zugelassen. Nur in Gegenwart des Staatsanwaltes und einiger Advokaten, war die Verhandlung sehr kurz.

Der „Magistrate‟ nahm das Bündel von Notizen und Berichten, das ich sorgfältig zusammengestellt hatte, entgegen. Nachdem er einen Blick auf meine Schlussfolgerungen geworfen hatte, stellte er lediglich einige Fragen, um das zu bestätigen, was ich bereits schriftlich niedergelegt hatte. Dann, offensichtlich zufrieden und durch diese Formulierungen eines Experten sich gesichert fühlend, wandte er sich dem Staatsanwalt zu. In strengem, leicht ärgerlichem Ton fragt er: „Was ist eigentlich Ihr Fall? Haben Sie überhaupt einen Fall vorzulegen?‟Der Staatsanwalt, der ein dickes Buch trug - vermutlich die Prozessordnung -, blätterte darin und begann, einen Paragraphen vorzulesen. „Nein‟, unterbrach ihn barsch der „Magistrate‟. „Das trifft nicht zu für diese Situation. Sagen Sie mir zuerst, ob Sie überhaupt einen stichhaltigen Fall haben. Haben Sie irgendwelche Augenzeugen?‟ Der Staatsanwalt begann

wieder, mit Hilfe seines dicken Buches seine Argumente vorzutragen. Nachdem er jedoch noch mehrmals durch die ständig wiederholte Frage des „Magistrate" unterbrochen worden war, musste er sich schliesslich mit einem einfachen, nackten „Nein" geschlagen geben. „Also, warum verschwenden Sie dann meine Zeit?", war die nächste Frage des „Magistrate". Damit war die Sache zu Ende.

Als wir, beim Warten auf das maschinengeschriebene Protokoll, uns wieder bei Tee und Biscuits entspannten, sagte der „Magistrate": „Jetzt, wo alles vorüber ist, will ich Ihnen etwas gestehen. Vom Moment an, in dem ich mit dieser Sache zu tun hatte, begann ich unter Magenbeschwerden zu leiden: heftige Krämpfe und Schmerzen. Eine Zeitlang beruhigte es sich. Aber nach unserer Sitzung letzte Woche wurde es wieder akut. Als meine Angehörigen mich so leiden sahen, errieten sie, was mich plagte, und sie fragten: „Warum machst Du Dir so viel Sorgen? Lass doch den armen Kerl laufen! Wie kannst Du schliesslich wissen, ob er wirklich der Schuldige ist?" Daraufhin beschloss ich, den Fall zu erledigen, und von dem Augenblick an ging es mir viel besser."

„Dafür", bemerkte ich lachend, „braucht es keine Magie eines 'Pīr'. Wir haben ganz einleuchtende Erklärungen dafür in der psychosomatischen Medizin."

Dann teilte er mir seine Absicht mit, den Angeklagten zwei Tage später frei zu setzen. Er wolle zuerst noch meinen Bericht eingehend studieren und sich Zeit lassen, um seinen Entscheid überzeugend zu formulieren. Was ihn dazu ermutigt hatte, diesen kühnen Schritt zu wagen, war wahrscheinlich nicht nur der mitfühlende Ratschlag seiner Familie, sondern auch die Rückendeckung durch einen ausländischen Experten. Dies würde ihn davor schützen, ein altmodischer Obskurantist genannt zu werden, ein Vorwurf, gegen den ein Inder, der stolz ist auf seine westliche Bildung, sehr empfindlich sein kann.

Mittlerweile hatte der „Pīr" seinen Anhängern bereits seine eigene Voraussage bekannt gegeben: Heute würde er noch nicht bei ihnen bleiben. Aber das nächste Mal, schon bald, brauche er dann nicht mehr nach Srinagar zurück zu kehren. In Vorwegnahme dieses glücklichen Endes sah ich sie unterdessen bereits alle fröhlich im Wartsaal tafeln, als ich zurück kehrte. Es hatte allen Anschein, dass sich die Festlichkeiten, an denen natürlich auch das

Gefängnispersonal teilnahm, lange hinausziehen würden. So beschloss ich, allein nach Srinagar zurück zu fahren.

Zwei Tage später, nachdem der „Magistrate" den Fall einfach „mangels genügender Beweise" ad acta gelegt und folglich den Angeklagten ohne Kaution frei gelassen hatte, fand ein noch grösseres Fest statt. Man fühlt sich versucht die Geschichte in echtem Märchenstil zu schliessen: „...und sie waren glücklich und zufrieden bis ans Ende ihrer Tage, und wenn sie nicht gestorben sind, so leben sie heute noch...", wenn man wirklich ganz sicher sein könnte, dass sie es auch tatsächlich verdienten und wenn man wüsste, was dieser „Pīr" eigentlich ist:

Wundenschläger oder Wundertäter?
Henker oder Heiler?
Rechtsbrecher oder Rechtssprecher?
Hexer oder Heiliger?
Verrückt oder Verzückt?

Ja, wer kann das schon sagen? Nennen wir ihn lieber „Devāna"!

Die Gestrandeten

Im Zeitalter der Hippies, Ausflipper und Aussteiger wird man sicher erwarten, dass im Touristenparadies von Kashmir eine gute Anzahl dieser modernen jugendlichen Vagabunden auftauchten. Ebenso wahrscheinlich wäre dann, das etliche von ihnen an einem sogenannten „Kulturschock" zusammenbrachen. Andere mochten in diesem Lande der Lotosesser sich dermassen von ihren eigenen Hirngespinsten und Drogenerlebnissen betören lassen, dass schliesslich nicht nur die sehr toleranten Kashmiri Hausbootbesitzer, sondern auch die noch einigermassen vernünftigen Kameraden so etwas nicht mehr in den weiten Grenzen ihres Normalbegriffes unterbringen konnten. Und dann gab es eben, bis man eine Heimschaffung in die Wege leiten konnte, vorläufig nichts anderes als die Aufnahme in unserem Spital.Aber was sollte ich mit diesen jungen Weltenbummlern anfangen? Wie

aus dem bereits Geschilderten zur Genüge hervorgeht, waren unsere Einrichtungen gerade knapp für unsere analphabetischen, an primitive ländliche Verhältnisse gewöhnten Patienten annehmbar. Schon wenn wir gelegentlich akut gestörte Kashmiri von höherem Bildungsstand aufnehmen mussten, z.B. Studenten oder wohlhabende Geschäftleute, kamen wir in Verlegenheit. Einzelzimmer gab es, abgesehen von den Zellen, nicht. Sozusagen unsere „gute Stube" war ein Raum, in dem 6 Betten dicht nebeneinander untergebracht waren. Er hatte zwar, im Gegensatz zu den anderen Krankensälen, Glasfenster, durch die man ins Freie hinaussehen konnte. Auch stand, als besonderer Luxus, neben jedem Bett ein Nachttischlein. Hingegen hatte dieser Raum keine direkte Verbindung mit einer Toilette und natürlich kein fliessendes Wasser.

Hier mussten wir also auch unsere ausländischen „Gäste" einquartieren. Mancher unter ihnen war bereits so verwahrlost, so unfähig, sich auch nur seiner grundlegendsten hygienischen Bedürfnisse anzunehmen, ausserdem oft auch so verwirrt, dass ihm diese dürftige Umgebung wohl nicht so merkwürdig vorkam. Es gab Typen, welche offensichtlich danach strebten, sich jeglichen Besitzes zu entledigen. Natürlich vertrauten sie dann mit grösster Inkonsequenz darauf, dass im Falle irgendeines Bedürfnisses das Nötige schon von einem weniger „asketisch" gesinnten Nachbarn zu haben sein werde. Erstaunlicherweise schnappten einige unserer jungen Kashmiri-Patienten sofort darauf ein. Vielleicht führten sie damit eine Tradition weiter, gemäss welcher viele Jahre lang ihre Vorfahren den britischen Herrschern als Diener zur Verfügung gestanden hatten. Oder handelten sie einfach als routinierte Touristenführer? Ich erinnere mich, wie ein junger Bauernbursche einem gänzlich verwahrlosten deutschen „Hippy" mit grösster Sorgfalt und Ausdauer seine wenigen, von ihm selbst immer wieder verstreuten und verlorenen Habseligkeiten hütete. Vor allem, obwohl er selbst Muslim war, verwahrte er für seinen europäischen Bettnachbarn ehrfürchtig dessen kostbarsten Besitz, die „Bhagavad-Gīta", eine heilige Schrift der Hindus, die er so vor dem Zugriff anderer Patienten schützte.

Erst allmählich merkte ich, wie man sich solcher problematischer Leute,

deren unentgeltlicher Aufenthalt im Spital natürlich für uns eine grosse Belastung und Verantwortung bedeutete, auf die promptestе Art und Weise entledigen konnte. Das offizielle Vorgehen bestand darin, die Anwesenheit solcher Ausländer in unserem Spital und die Notwendigkeit einer Heimschaffung durch die lokale Fremdenpolizei dem Departement des Innern des Staates Jammu und Kashmir zu melden. Von dort aus wurde die Sache an das Ministerium des Innern der Zentralregierung in New Delhi weiter geleitet. Bis dann wieder von jener Stelle aus mit dem Aussenministerium und durch dieses mit der diplomatischen Vertretung des betreffenden Landes Verbindung hergestellt war und sich schliesslich jemand aus der Heimat um diese Gestrandeten bemühte, konnten Wochen und Monate vergehen.

Unterdessen gelang es manchmal, einige von ihnen so weit wieder herzustellen, dass sie in die Obhut ihrer Kameraden entlassen werden konnten. Einmal kümmerte sich um einen allzu lang bei uns verweilenden europäischen Jüngling eine religiöse Sekte, welche sich die Rehabilitierung Drogensüchtiger zum Ziele gemacht hatte.

Allmählich merkte ich jedoch, dass mir als Schweizerin andere Möglichkeiten offen standen. Während ich als Angestellte der Jammu und Kashmir-Regierung kein Recht hatte, direkt an eine ausländische diplomatische Vertretung zu gelangen, hinderte mich natürlich in meiner privaten Eigenschaft als Schweizerin nichts, die Botschaft meines eigenen Landes zu verständigen. Ich sandte also jeweils bei solchen Gelegenheiten einfach ein Telegramm an die „Embassy of Switzerland“ in New Delhi mit der Bitte, der diplomatischen Vertretung des betreffenden Landes mitzuteilen, einer ihrer Landsleute sei bei uns hospitalisiert. Darauf kam gewöhnlich innert relativ kurzer Frist eine telephonische oder schriftliche Anfrage, so dass sich dann die Heimschaffungs-Formalitäten rasch abwickeln konnten.

Als Rekordleistung in dieser Hinsicht brachten wir es einmal fertig, einen offenbar schon vor seiner Asienreise geisteskranken Skandinavier mittleren Alters innerhalb von 48 Stunden, nachdem er in einem paranoiden Erregungszustand zu uns gebracht worden war, dem Vertrauensarzt seiner Botschaft auf dem Flugplatz in Srinagar zu übergeben. Schon nach weiteren

zwei Tagen konnte er in seiner Heimat landen.

Er nannte sich einen Dichter und war einer jener überempfindlichen, leicht verletzbaren Menschen, die sich überall beeinträchtigt und verfolgt fühlen und die dann auf der Flucht vor ihren Verfolgern ziellos in der Welt herumreisen. Seine eigene Identität war diesem Patienten wichtig und kostbar, und er konnte sich über sie nicht nur mit einem gültigen Pass und einer Versicherungspolice, sondern auch mit einer Kennziffer seines nationalen Gesundheitsdienstes ausweisen. Dies erleichterte und beschleunigte natürlich den Verkehr mit den Behörden seines Landes beträchtlich.

Zusammen mit einem meiner Assistenten konnte ich sein Vertrauen gewinnen, indem der letztere für die beiden Nächte, die der Fremde bei uns verbringen musste, sein Konsultationszimmer zur Verfügung stellte. Da er vermutlich bald würde abreisen können, lag mir nicht viel daran, ihn auszufragen und sein Wahnsystem zu erforschen. Er selbst taute jedoch in der behaglichen Wärme und Geborgenheit des kleinen Raumes so weit auf, dass er abends darauf bestand, mir seine ganze Geschichte zu erzählen. Er fühlte sich von einer internationalen Bande verfolgt, die es besonders auf seine einzige Tochter abgesehen hatte.

Als ich ihn dann zum Flugplatz begleitete und dort der von New Delhi hergesandte Arzt uns entgegen kam, zeigte mein Patient sofort auf ihn und stellte fest: „Das ist ja gerade der Kerl, welcher meiner Tochter nachstellt!“ Trotz diesem Verdacht hatte er offenbar keine Bedenken, sich der Obhut dieses Begleiters anzuvertrauen. Meine Befürchtungen, er könnte ihm unterwegs Schwierigkeiten bereiten, erwiesen sich als grundlos.

In einem anderen Falle gab es trotz rasch hergestellter Verbindung mit der betreffenden diplomatischen Vertretung allerlei Komplikationen und Verzögerungen: Als es schon gegen den Winter zuging, wurde uns durch einen jungen Kollegen vom weit entlegenen Ladakh her ein Spanier zugeführt. Der kräftig gebaute, bärtige junge Mann befand sich offensichtlich in einer akuten Phase von Verwirrung und Erregung. Unter lebhaftem Gestikulieren rezitierte er rhythmisch abgehackt in singendem Ton etwas in einer mir unverständlichen, aber doch irgendwie vertraut erscheinenden Sprache.

Gemäss der Auskunft, die uns der Kollege geben konnte, war dieser Ferienreisende, vielleicht unter dem Einfluss der Höhenluft (die Hauptstadt von Ladakh liegt auf 3500 m ü.M.), plötzlich in ekstatische Erregung geraten. Gegen diejenigen, welche ihn festhalten wollten, wurde er gewalttätig, so dass er auf der Polizeistation und im Untersuchungsraum des kleinen Spitals in Leh etlichen Schaden anrichtete.

Zum Glück hatte man von einem Reisekameraden erfahren können, dass der so ausser Rand und Band Geratene früher gelegentlich an epileptischen Anfällen gelitten hatte. Dieser äusserst wertvolle Hinweis erlaubte mir, gleich von Anfang an das wirksamste und zugleich unschädlichste Medikament einzusetzen. Der Patient war denn auch, nach einem guten Schlaf in einer der Isolierzellen, schon am nächsten Morgen wieder einigermassen bei Sinnen, sodass wir von ihm selbst Näheres erfahren konnten. Englisch konnte er zwar kaum; hingegen stellte es sich heraus, dass er einmal als junger bildender Künstler mit einem Stipendium in Deutschland gewesen war und einigermassen deutsch sprechen konnte. So konnte ich mich also leicht mit ihm verständigen. „Aber das, was Sie da gestern abend deklamierten, war doch nicht Spanisch?" fragte ich nun. Darauf richtete er sich stolz auf und erklärte: „Nein, ich bin Baske!" In mir stiegen Erinnerungen hoch an einen Ferienaufenthalt im „Pays Basque" vor mehr als vierzig Jahren. Dorthin gehörte also diese eigenartig melodische und rhythmische Sprache! Ich konnte mich sogar noch an einige Wörter und vor allem an ein Volkslied erinnern. Dies schaffte sofort ein Gefühl der Verbundenheit, so dass mir der Patient ohne Zögern über sich Auskunft gab.

An all das, was er in Ladakh erlebt hatte, konnte er sich nicht mehr genau besinnen. Er wusste jedoch noch, dass er dort, in der Höhenluft und unter dem Eindruck dessen, was er in den buddhistischen Klöstern gesehen und erlebt hatte, in eine religiöse Ekstase geraten war. Er meinte, er selbst sei Christus geworden und habe nun den Menschen das Wort Gottes zu predigen. Er deutete an, er habe schon früher - übrigens einmal auch bei einer Bergbesteigung auf grosser Höhe! - einige ähnliche Ausnahmezustände erlebt, daneben allerdings auch einige gewöhnliche epileptische Anfälle.

Da sich der Patient rasch erholte, wäre schon nach wenigen Tagen unsererseits einer Heimschaffung oder auch einem Weiterziehenlassen nichts mehr im Wege gestanden. Unglücklicherweise hatte jedoch die Polizei in Ladakh seine Effekten, einschliesslich Pass und Reisechecks, in Verwahrung genommen, und man hatte es in der Eile unterlassen, diese Papiere mit ihm zu senden. So hatte er also buchstäblich nur, was er auf dem Leibe trug, und zwar mit geleerten Taschen. Unmittelbar nachdem er bei uns ankam, wurde durch einen verfrühten Schneefall die Strasse in die Berge hinauf gesperrt. Eine Flugverbindung zwischen Leh und Srinagar gab es damals noch nicht. So war vorläufig der junge Spanier hilflos auf unsere Gastfreundschaft angewiesen. Es war mir zwar auf dem bewährten Wege via die Schweizer Botschaft gelungen, die diplomatische Vertretung Spaniens sofort zu benachrichtigen. Dort nahm man sich jedoch Zeit, wohl in der Annahme, dass ohne seine Reisedokumente und Habseligkeiten der gestrandete Landsmann doch keine Möglichkeit habe, Srinagar zu verlassen.Ich zerbrach mir also den Kopf, wie ich ihm helfen könnte. Unser Spital konnte auf die Dauer kein geeigneter Aufenthaltsort sein für den nunmehr sehr vernünftigen jungen Mann, der sich zum Glück bescheiden in alles fügte. Es fiel mir ein zu versuchen, ob vielleicht bei der katholischen Kirche Hilfe zu finden wäre. Es gibt in Srinagar einen Bischof europäischer Herkunft, der neben einer kleinen Kirche in einem schmucken Gebäude inmitten eines gut gepflegten Gartens seinen Sitz hat. Ich nahm also meinen Mut zusammen und meldete mich dort. Ein würdiger älterer Geistlicher hörte sich meine Geschichte an. Das einzige, was er jedoch darauf zu antworten hatte, war: „Es tut mir leid, aber wir befassen uns mit Ausländern und ihren Botschaften nur, wenn sie tot sind.“ - Eine tote Kirche, die sich nur um die Toten sorgt? - Zum Glück hatte ein junger europäischer Ordensbruder in langem weissem Gewand, der zufällig wartend dabei sass, meinen Bericht ebenfalls mitgehört. Als ich bereits enttäuscht durch den herbstlich bunten Garten hinausgehen wollte, lief er mir nach und bot hoffnungsvoll an, er wolle versuchen, etwas in der Sache zu tun.

Zwei Tage später meldete sich eine von diesem Bruder gesandte katholische Ordensschwester, die an einem kleinen Landspital in Kashmir

wirkte. Zufällig stammte sie aus derselben Gegend wie unser Patient, konnte also sogar seinen heimatlichen Dialekt verstehen. Sie stellte dann Verbindung her mit einem südamerikanischen, also auch spanisch sprechenden Offizier der in Srinagar stationierten Überwachungskommission der UNO. Zusammen mit seiner ebenso tüchtigen wie eleganten Frau nahm dieser sich in bewundernswerter Weise um unseren Spanier an. Vor allem trug er auch mit Hilfe der ihm zur Verfügung stehenden Kommunikationsmittel dazu bei, dass der junge Mann relativ rasch nach Delhi fliegen konnte. Dorthin wurden dann schliesslich seine Habseligkeiten und Dokumente aus Ladakh mit einem Militärflugzeug gesandt, nachdem ein Versuch, einen Boten zu Fuss durch den Schnee nach Srinagar zu senden, gescheitert war.

Diese beiden letzt erwähnten Patienten waren natürlich keine echten „Aussteiger". Sie hatten sich beide in ihrer Heimat beruflich bewährt, standen in Verbindung mit Familienangehörigen und konnten sich über ihre persönlichen Verhältnisse ausweisen. Vor allem hatten sie nie mit Drogen experimentiert. Sie waren sauber und anständig gekleidet und hatten angenehme Umgangsformen. Den beschränkten Möglichkeiten, die wir ihnen bieten konnten, brachten sie volles Verständnis entgegen.Sehr anders war es oft bei den jugendlichen „Ausflippern". Einer unter ihnen, ein junger Franzose, war während eines Aufenthaltes in Srinagar, unter Mitwirkung von Drogen, in einen ekstatischen Verwirrungszustand geraten, in welchem er, ähnlich wie der bereits erwähnte Spanier, meinte, er sei selbst Christus geworden. Daraus zog er jedoch die Folgerung, dass er nun nichts mehr von dem brauche, was seine bisherige Existenz bestimmt hatte. Er entledigte sich also nicht nur seiner Kleider, sondern warf auch seine Brieftasche mit Pass, Geld und Rückflugkarte einfach fort. Schliesslich wurde er fast nackt und gänzlich mittellos, ohne Ausweispapiere, mit kreuzartig ausgebreiteten Armen am Boden liegend, von der Polizei aufgegriffen.

Bei anderen der jungen Gestrandeten entsetzte man sich über die Verwahrlosung, in die sie sich hatten fallen lassen: Wirres, verfilztes langes Haar, von Ungeziefer wimmelnd; ungewaschene, oft zerrissene Kleider mit penetrantem Schweissgeruch; eine vor Dreck starrende Haut voller

Kratzspuren, Geschwüre und Abszesse!

Ich schämte mich jeweils tüchtig vor meinen Kashmiri Kollegen und Angestellten, dass dies nun die Vertreter des hochgepriesenen zivilisierten Westens sein sollten. Einerseits bemüht man sich in der sogenannten „entwickelten Welt", den noch „rückständigen" Ländern die Segnungen westlicher Kultur - oder wenigstens Zivilisation! - zukommen zu lassen. Man strebt danach, bessere hygienische Verhältnisse zu schaffen, die auf primitive Weise lebenden Menschen durch Gesundheitserziehung zur Sorge für ihr eigenes körperliches Wohlbefinden zu bringen und ihre Entwicklung zu verantwortungsbewussten Individuen zu fördern. Und dann lässt man andererseits gleichzeitig diese Welle undisziplinierter, verwahrloster, nirgends verwurzelter, in ihre eigene unrealistische Welt versponnener Jugendlicher auf die entwicklungsbedürftige „Dritte Welt" los!

Zu Anfang meiner Tätigkeit in Srinagar hatten wir uns nur wenig mit Problemen der Sucht zu befassen. Es gab natürlich in den unteren Bevölkerungsschichten die sogenannten „Charassi" oder „Shoda", d.h. Männer, denen das Rauchen von Haschisch zur Gewohnheit geworden war. Man kannte sie allgemein, und sie wurden den jungen Leuten als schlechtes Beispiel warnend vorgehalten. Zu uns kamen sie höchstens als chronische Patienten in einem Endzustand der Verblödung und Verwahrlosung. Auch jüngere Leute wurden durch Haschischgenuss gelegentlich zu psychiatrischen Patienten: In manchen Teilen Indiens ist es üblich, an gewissen Festtagen Cannabis indica in Form einer Süssigkeit oder eines kühlenden Trunkes zu geniessen. Wird jemandem ohne sein Wissen die Droge so dargereicht, und ist er auf sie besonders empfindlich, so kann er auf eine einmalige erste Gabe bereits mit vorübergehender Verwirrung reagieren. Ausserdem gab es noch gewisse Patienten, die normalerweise sich des Genusses von Drogen enthielten, zu Beginn einer manischen oder depressiven Phase jedoch die üblichen Hemmungen verloren und, entweder zur Erhöhung des manischen Hochgefühls oder zur Linderung der Depression, zu Haschisch enthaltenden Zigaretten griffen.

Alkoholgenuss spielte damals, besonders bei den Muslims noch kaum

eine Rolle. Wir hatten nur äusserst selten Alkoholiker zu behandeln, und auch diese waren meist nicht aus Kashmir stammende Leute.

Allmählich jedoch, als der Einstrom der jungen Weltenbummler aus dem Westen zunahm, wurden junge Kashmiri neugierig darauf, sich die von den Touristen so hochgepriesenen Erlebnisse auch zugänglich zu machen. Zuerst waren es wohl die Söhne der Hausbootbesitzer, die direkten Kontakt mit dieser neuen Art von Gästen hatten; später jedoch erfasste die neue Mode auch Studenten aus anderen Kreisen. Gleichzeitig begann man, die nachlässige Kleidung und ungeordnete Haartracht der ausländischen Jugendlichen nachzuahmen. Von der harten Arbeit, dem fachmännischen Wissen und Können, mit welchen sogar diese fremden Nichtstuer mindestens periodisch sich in der Heimat wieder ihr Reisegeld verdienen müssen, sah man natürlich nichts. Was man beobachten konnte, war nur das unbekümmerte Nichtstun, die Vernachlässigung der Körperhygiene, die sexuelle Promiskuität und die Sucht nach Alkohol und Drogen.

Schon Mitte der Siebzigerjahre musste man mit Drogensucht unter jungen Leuten, besonders Studenten, ernstlich rechnen. Sogar Söhne aus guter Familie wurden, nachdem man natürlich zuerst lange versucht hatte, diese Schande zu verheimlichen, als verwahrloste Taugenichtse oder körperlich und geistig geschädigte Drogensüchtige dem Psychiater zugeführt. Wie weit kann wohl für derart schädliche Einflüsse eine positivere Entwicklungshilfe noch kompensieren?

Den Gegensatz zwischen einem ehrlichen und oft sehr anstrengenden Bemühen um echte Entwicklungshilfe einerseits und andererseits der Einstellung desjenigen, der die noch bestehenden Rückständigkeiten und Freiheiten eines unterentwickelten Landes in autistischer Weise

lediglich als willkommene Szenerie für seine eigenen krankhaften Phantasien und seinen parasitären Lebenswandel benützt und ausnützt, mag nun noch eine letzte Geschichte illustrieren. Sie erzählt von meiner Begegnung mit einem der eigenartigsten Patienten, mit denen ich je zu tun hatte.

Der Namenlose

Musiktherapie im Gefängnis *

Ende November 1977 wurde ich gebeten, mir im benachbarten Gefängnis einen ausländischen Untersuchungsgefangenen anzusehen, der beim Versuch eines illegalen Grenzübertritts nach Pakistan gefasst worden war. Ratlos und befremdet erzählten mir die Krankenwärter, der Mann weigere sich, selbst bei dieser bereits winterlichen Kälte, Kleider zu tragen. Auch habe er, obwohl er offensichtlich nicht taub sei und alles verstehe, was man ihm sage, bisher noch kein Wort gesprochen. Abgesehen davon verhalte er sich unauffällig und er füge sich gut in die Disziplin des Gefängnisses ein. Man kenne jedoch keinen Namen und wisse auch nicht, aus welchem Lande er stamme. Da er in den nächsten Tagen am weit entfernten Ort, wo er halbnackt, ohne Ausweispapiere, gefasst worden war, vor dem Untersuchungsrichter („Magistrate‟) erscheinen müsse, brauche man einen psychiatrischen Bericht.

Im kleinen Zimmer des Gefängnisarztes wird mir der seltsame Fremdling vorgeführt: ein ungefähr 35-jähriger, sehr grosser, schlanker Mann mit blondem Haar, das - offenbar seit längerer Zeit nicht mehr geschnitten - wie ein ausgefranstes Strohdach seine Stirn überschattet; auffallend strahlend blaue Augen; blonder Schnurrbart und Vollbart; im Mund, den er zwar nicht zum Sprechen, aber hie und da zum Lachen öffnet, sehe ich mehrere Goldkronen blitzen. Der Körper, nur teilweise von einem umgeschlungenen Leintuch bedeckt, ist überall schön sonngebräunt. Der Gesichtsausdruck ist anfangs etwas blöd, leicht verkniffen, so wie das bei gewissen Schizophrenen, gelegentlich aber auch bei einem Yogi in tiefer Meditation der Fall ist. Später jedoch, nachdem er begonnen hat, auf meine Gegenwart zu reagieren, entwickelt sich ein recht lebhaftes Mienenspiel. Zuerst antwortet er auf meine Fragen nur mit Gesten. Papier und Stift lehnt er ab; hingegen beginnt er, auf dem dunkelblauen Tischtuch mit den
ngern rasch Buchstaben zu zeichnen. Wenn man mit genügender Konzentration seinen Bewegungen folgt, kann man Wörter oder kurze Sätze lesen. Er drückt

sich auf englisch aus. Als er jedoch erfährt, dass ich auch deutsch spreche, wählt er manchmal diese Sprache.

Ja, „Sprache"! Wenn all das wirklich gesprochen wäre, so könnte man an der Aussprache erraten, aus welcher Gegend er stammt! Die Buchstaben auf dem Tischtuch, die sich so rasch verflüchtigen, dass man kaum nachkommt mit Sehen, haben natürlich keinen „Akzent". Also keine grosse Hilfe für die Detektivarbeit!

Er verrät zwar, dass er die Namen gewisser berühmter Psychiater kennt, ob als Patient oder als Mitarbeiter oder vielleicht einfach durch das Lesen ihrer Werke, ist nicht zu erfahren. Einiges weist darauf hin, dass er in der Schweiz gelebt hat.

Wichtiger als faktische Auskunft für den „Magistrate" zu erhalten, ist jedoch für mich bald die Frage, was für einen Sinn das Schweigen habe. Der Mann, den ich auf dem Krankenblatt bereits als „Mr. No Name" registriert habe, hilft mir dabei mit zuerst rätselhaften, aber bald entzifferbaren Buchstabenkombinationen: „U + I R We" erscheint auf dem Tischtuch. Man muss es einfach aussprechen: „You and I are We." Im Gegensatz dazu ist das „They", das auf dem Tischtuch durchgestrichen wird, zu verdammen. „They", also „Sie", „die andern" sind einfach „dead", „tot"; sie existieren nicht, können ignoriert werden, oder sie sind die grosse Gefahr, die einen zum hilflosen Objekt macht. Was zählt, ist nur die liebende Begegnung zwischen „Ich" und „Du", die zum „Wir" werden. Als ich, zur grossen Verwunderung der ansehnlichen Menge von Gefangenen und Angestellten, die sich bereits neugierig um uns versammelt haben, diese Erkenntnis ausspreche, klatscht mein Gegenüber erheitert Beifall. Ich habe es erraten!

Auch der Grund, warum er weder spricht noch auf Papier schreibt, wird nun bald klar: alles fliesst, nichts hat Bestand. Was man ausspricht, könnte durch irgendein Abhörgerät, eben durch diese „andern" abgefangen und fixiert werden, und was man schriftlich niederlegt, wird sowieso zum verbindlichen Dokument. Beim gesprochenen oder niedergeschriebenen Wort kann man einen „nehmen", und wenn man „genommen" wird, so wird man vergegenständlicht zum Objekt, festgelegt, verfügbar, verlustig aller

Freiheitsgrade des Subjektes. Name und Form - auf indisch „nāma" und „rūpa" - täuschen, führen weg vom Einen, Ewigen, das jenseits von aller Gestalt ist, ja einfach „ist".„Gefühl ist alles, Name ist Schall und Rauch", zitiere ich. Freudig spendet der Namenlose mir Beifall. Ich weise auf die Umstehenden, von denen einige seine Zimmerkameraden sind, und bemerke, dass diese doch auch Menschen seien. Ob sie denn alle von diesem „Wir" ausgeschlossen sein müssten? Mit weitausholenden Gesten erklärt er mir, auch sie könnten in ein allumfassendes „Wir" einbezogen werden, wenn sie es verständen, nicht mehr in irgendeiner sozialen, politischen oder religiösen Gruppe „they", „sie" zu sein. Die Freude, die er dabei zeigt, bringt in mir unwillkürlich die Zeilen hoch: „Seid umschlungen Millionen; diesen Kuss der ganzen Welt...", und als ich sehe, wie das zündet, bricht bereits die Musik durch. Inmitten der versammelten Sträflinge und Gefängniswärter beginne ich den „Hymnus an die Freude" aus der 9. Beethoven-Symphonie zu summen. Auch jetzt gibt zwar der Namenlose keinen Ton von sich, begleitet jedoch mein Singen begeistert mit ausdrucksvollen Bewegungen seines ganzen Körpers. Den Umstehenden wird klar, dass hier etwas Gemeinsames, Verbindendes zustande gekommen ist, an dem sie zwar rein stimmungsmässig auch ein wenig teilhaben können, von dessen Sinn sie jedoch weitgehend ausgeschlossen sind. „Ich" und „Du" aber sind in freudigem Einklang zum „Wir" geworden.

Im Gegensatz zu diesem musikalischen Höhepunkt wird dann mein Bericht an den „Magistrate" recht prosaisch. Mehr als das einzigartige Erlebnis dieser merkwürdigen Begegnung gibt er die Detektivarbeit wieder, die natürlich auch geleistet wurde.

Zwei Wochen später werde ich wieder ins Gefängnis gerufen. Diesmal führt man mich in das gut ausgestattete Amtszimmer des Gefängnisdirektors. Ich merke bald, dass das nicht einfach zufällig oder rein aus Höflichkeit geschieht. Der „Superintendent" hat von der eigenartigen Unterredung vernommen und möchte selbst sehen und hören, wie es dabei zugeht. Wieder erscheint der Gefangene halbnackt. Diesmal jedoch trägt er nicht ein Gefängnis-Leintuch, sondern einen dünnen Wollschal, seinen einzigen Besitz. Ohne genaues Hinsehen bemerkt man darauf vorerst nur ein paar in lockeren

Stichen eingezogene bunte Fäden. Bald jedoch beginnt der Fremde, abwechselnd mit seiner spurlosen Schreiberei auf einem kleinen Tischlein, auf gewisse Stellen dieses Tuches zu deuten. Und nun sehe ich, dass da, unbeholfen gestickt, eine ganze Welt - seine Welt! - ausgebreitet ist. Sofort fällt mir das harmonisch verschlungene Zeichen des „Yin und Yang" auf. Vermutlich für ihn Symbol für das „Ich" und „Du", die zum „Wir" werden sollen. Er selbst weist als erstes auf ein ± = 0. Erst viel später verstehe ich, dass er damit wohl seine ganze Schöpfung als existierend und gleichzeitig nicht existierend kennzeichnen wollte. Die Umrisse der Figuren sind nämlich nicht kontinuierlich gestickt, sondern in kleinen, sehr regelmässigen Vorstichen, so dass Stich und Zwischenraum, beide gleich lang, als + und - schliesslich wieder 0 ausmachen. Also eine eigenartige Zwischenstufe zwischen Sein und Nichtsein, wohl auf die zweifelhafte Realität der ganzen, sogenannt „wirklichen" Welt hindeutend. Auf dem Tuch erkenne ich nun auch Blumen, Bäume und primitive kleine Stecken-Menschlein, so wie sie von Kindern gezeichnet werden. Einer von ihnen trägt eine grosse Weltkugel auf dem Kopf. Ich bemerke: „Er scheint die Last der ganzen Welt auf seinem Kopfe zu tragen. Sind Sie das?" Der Namenlose schüttelt den Kopf: „Nein, das bin nicht ich." Er deutet auf eine andere Figur, neben und oberhalb der Weltkugel: dieses kleine Menschlein ist offensichtlich zum „space-man" - zum Weltraumfahrer geworden. Es hat die beschwerliche Welt hinter und unter sich gelassen und schwebt nun frei im Äther, weg von den Dingen dieser Welt, „un-bedingt"! In einer andern Ecke des Tuches entdecke ich einen Fisch. Aber halt, es ist nicht nur einer! Er steckt im Bauche eines andern, grösseren Fisches. Natürlich: in dieser Welt fressen die grossen Fische die kleinen auf! Vorerst aber rate ich falsch, indem ich auf Jonas im Walfisch hinweise. Durch Zeichen gibt mir Mr. No Name zu verstehen, dass diese Deutung aus der Bibel, dem Heiligen Buche, stamme.

Die Umstehenden wollen nun wissen, ob er Christ, Hindu oder Mohammedaner sei. Er zuckt nur die Schultern. Ich erkläre ihnen, es komme darauf nicht mehr an, wenn man einmal an einem bestimmten Punkte angelangt sei. Wer auf dem Gipfel des Berges sei, wisse, dass alle Wege

dorthin führen. Mein stummer Gesprächspartner stimmt mir nickend zu. Dann zeichnet er ein grosses „B“ auf den Tisch und zeigt mit seinen Fingern eine „9“, und als ich nicht gleich verstehe, schreibt er „joy“ - Freude. Aha, er will wieder den Satz aus der 9. Beethoven-Symphonie hören!

Meine Stimme ist nie für Konzertsingen ausgebildet worden und eignet sich eigentlich besser zur Begleitung in unteren Lagen. Ich gebe aber der Bitte nach und summe den „Hymnus an die Freude“. In mir klingt natürlich die ganze Partitur mit, und der Namenlose, der ohne Zweifel auch hinter meiner mageren, einspurigen Stimme die ganze Tonfülle der Symphonie hören kann, betätigt sich nun sehr ausdrucksreich als Dirigent des unsichtbaren Orchesters. Was hören wohl die andern, denen ja westliche klassische Musik ein unbekanntes, verschlossenes Reich ist? Etwas von der Freude scheint doch auch in ihnen anzuklingen.

Jemand erwähnt, dass in 10 Tagen Weihnachten sei. Was er sich wünsche? Wie man feiern solle? Nun, am besten wohl schon jetzt in der Adventszeit, mit Musik. Ich lasse die ersten paar Töne des bekannten englischen Weihnachtsliedes „Good King Wenceslas went out...“ erklingen. Keine Reaktion. (Er kann also nicht Brite sein, notiert sich der Detektiv.) Ich versuche es mit „Stille Nacht, Heilige Nacht...“. Entspannt, gelöst, vielleicht an die Kindheit erinnert, hört er zu. Dann „Macht hoch die Tür, die Tore weit...“. Anfänglich scheint er befremdet, dann jedoch bricht Erkennen durch. Er nimmt wieder den imaginären Dirigentenstab in die Hand und begleitet mein Singen lebhaft mit den Bewegungen eines grossen Maestro.

Ob er selbst ein Instrument spiele, frage ich ihn. Zuerst keine Antwort. Ich imitiere mit meinen eigenen Gesten das Spielen einer Geige. Als Antwort kommt ein verneinendes Kopfschütteln, und dann beginnt er, ein imaginäres Cello zu streichen. Ich reagiere darauf mit dem Summen des Forellenquintetts von Schubert, und heiter fliessend und hüpfend vereinigt sich wieder mein Singen mit seinen Bewegungen. Zum Schluss nochmals etwas Weihnachtliches: Pastorale aus Händels „Messias“. Das schmilzt harte Schalen und bringt beinahe Tränen hervor. Fast ängstlich folgt er meiner Stimme und passt darauf, ob ich es auch wirklich mit meinem bescheidenen Stimmumfang

fertig bringen werde, mich sowohl in die silberhellen Höhen hinauf zu schwingen als auch in die sammetdunklen Tiefen hinunter zu steigen. Erleichtert atmet er auf, als es mir, zu meiner eigenen Verwunderung, gelingt, vielleicht weil er mir mit seinen begleitenden Gesten so sehr geholfen hat?

Ich erkläre ihm, dass ich über eine „innere Diskothek" verfüge, ein ganzes Repertoire westlicher klassischer Musik, über Jahre hinweg gesammelt und jetzt noch funktionierend, nach mehr als 20 Jahren in Indien, mit sehr wenig Gelegenheit, die Eindrücke zu erneuern. Gewöhnlich „spiele ich die Platten" nur innerlich für mich selbst ab; hie und da, wenn ich weiss, dass niemand zuhört, werden sie vielleicht auch einmal zum Klingen gebracht durch Summen oder Pfeifen. Heute aber werden diese Schätze jemandem zu hören gegeben. Man braucht, wenn man diesen inneren Reichtum hat, keine Grammophone, keine „record players", keine Kassetten. Heisst nicht schliesslich „recording", „ricordare", im Herzen behalten? - so wie Maria einst die Stimme der Engel und der Hirten „im Herzen behielt und bewegte"? Und heute nun geschieht dieses „recording" auf Kunststoffplatten und Filmstreifen - und das Herz bleibt dabei meist leer!

Ich hatte einmal einen Photoapparat, so erzähle ich dem Namenlosen. Er wurde mir gestohlen. Ich beschloss, dass das wohl heisse, er sei überflüssig. Ich habe keinen mehr gekauft. Belustigt gibt mir der Namenlose durch seine Gesten zu verstehen, dass er einst mit einer ganzen Menge von Apparaten behängt durch die Welt gezogen sei. Jetzt habe er nichts mehr davon. „Gestohlen?" Ja, zweimal gestohlen. Das dritte Mal war er vernünftig genug, das Zeug selbst wegzugeben. Und nun sei er frei!

Der „Superintendent" hat sich inzwischen in eine Diskussion mit seinen Untergebenen eingelassen, da er offensichtlich bei unserer Unterhaltung ohne Worte nicht mehr mitkam. Aus Gesprächsfetzen, die hie und da zu mir dringen, merke ich, dass jemand gescholten wird, weil er einem Gefangenen nicht die gebührende Achtung zukommen liess. Nachdem die Diskussion beendet ist, wendet man sich wieder unserem merkwürdigen Zwiegespräch zu. Man will nochmals wissen, wie Weihnacht gefeiert werden soll. Ich erkläre, dass man bei uns in Europa eine Tanne, so wie es sie hier an den Berghängen gebe, als

Weihnachtsbaum mit Kerzen schmücke. Mr. No Name sucht auf seinem Tuch und deutet triumphierend auf ein kleines Tännlein und eine brennende Kerze. Ich antworte mit: „Oh Tannenbaum, oh Tannenbaum...", und er tanzt fast, um dem fröhlichen Rhythmus zu folgen. Das heisst also vermutlich, so überlegt der Detektiv in mir, dass er aus deutschsprachigem Gebiet stammt, vielleicht doch aus der Schweiz? Oder mindestens hat er dort einige Zeit gelebt.

Ich habe heute eine ganze Anzahl von Hinweisen erhalten, die helfen könnten, den Mann zu identifizieren: Er war vielleicht einmal „camera-man"; er spielt Cello; er hat Goldkronen an verschiedenen Zähnen. Heute hat er mir zwei Narben gezeigt: eine von einer Meniskusoperation, die andere, am rechten Unterschenkel, wohl von einer Marknagelung stammend. Skifahrer? Er kennt offenbar verschiedene berühmte Leute: Psychiater, Schriftsteller, Wissenschafter. Ja, und die Diagnose sollte ich natürlich auch noch präzisieren. Und wenn eine psychiatrische Diagnose - wohl eine Schizophrenie (dass im Westen bereits für ähnliche Fälle der Begriff „Identitätsparanoid" geprägt worden war, wusste ich vorläufig noch nicht!) -, so sollte man doch fast auch mit einer Therapie beginnen!Ich lege dem „Patienten" die Frage vor, ob er bereit sei, Medikamente zu schlucken oder Einspritzungen über sich ergehen zu lassen. Mit einem Ausdruck von Ekel lehnt er ab. Er habe zwar früher Versuche mit LSD gemacht. Aber das ist etwas anderes! - „Was dann?" frage ich. Er schreibt auf den Tisch: „We help each other", also, „Wir helfen uns gegenseitig." Schon gut! Aber wie? Ich erkläre ihm, dass ich das Gefängnis nur besuchen könne, wenn man mich rufe. Wie aber werde er den Angestellten klar machen, dass er mich sehen möchte? Ganz einfach! Namen haben doch hie und da ihren Wert, auch wenn man sie nicht ausspricht! Er steht von seinem Stuhl auf, streckt sich ein wenig und misst mit der Hand eine grosse Höhe: „Hoch", mein Name!

Und wie das Helfen zu geschehen habe? Nun, eben, indem das isolierte „Ich" mit dem verstehenden und liebenden „Du" zu einem „Wir" wird. Ganz sanft berührt und streichelt er meine Hand. „Dort wo die Namen aufhören, beginnt die Zärtlichkeit", hatte mir einmal einer meiner Schweizer Kollegen erklärt. - Und ganz behutsam muss man damit umgehen! Das Berühren muss

ja so sein, dass es nicht zur endgültigen Verschmelzung wird. Das Ich und das Du müssen gleichzeitig frei bleiben und sich jederzeit aus dem Wir lösen und neu wieder zusammenfinden können. Sonst ist man wiederum verloren, ähnlich wie wenn man vom „they‟, „den andern‟ aufgesogen wird. Berührung könnte deshalb allzu gefährliche, verschlingende Nähe bedeuten. Aber das gemeinsame Schwingen im Bereich der Musik, vielleicht jedes ein anderes Instrument spielend oder, wie in unserem Falle, eines die in beiden gemeinsam vorhandene Tonfülle laut werden lassend, während der Partner den Rhythmus markiert, das ist ein ungefährliches „Wir‟. Darauf kann man sich einlassen. Es lässt die andern, die nichts von der Melodie verstehen, draussen, beschenkt sie aber trotzdem mit einem Abglanz der Stimmung und deutet so die Möglichkeit an, dass auch sie, anstatt als „they‟ tot, starr zu sein, in einem „Wir‟ zum Leben erwachen könnten.

Der forensisch tätige Psychiater war zwar bei diesen beiden „Untersuchungen‟ des unbekannten Fremden durchaus auf seine Rechnung gekommen und es bestand Aussicht, dass durch ein Weiterführen dieser Kommunikation durch Musik noch weitere für die Identifikation wichtige Einzelheiten erforscht werden könnten. Aber war das wirklich das Wichtigste? Nein, viel bedeutender war wohl, dass durch die gemeinsam erlebte Musik ein „Wir‟ zustande gekommen war, in dem ein in seiner psychotischen Welt isolierter Mensch, wenigstens vorübergehend, für kurze Zeit, eine Gemeinsamkeit erfahren konnte, die ihn weder allzu kalt und fern „draussen‟ bleiben liess, noch in gefährlicher Weise zu verschlingen drohte.Gerne hätte ich berichtet, dass diese „Musik-Therapie‟, in ähnlicher Weise fortgeführt, schliesslich erfolgreich war und der Unbekannte durch sie so weit einer Gemeinschaft zugeführt werden konnte, dass er bereit war, seine Anonymität und sein Schweigen aufzugeben. Es kam aber nicht so. Zwei Wochen nach dem zweiten Besuch beschloss der „Magistrate‟, seinen Untersuchungsgefangenen freizusprechen. Er wurde jedoch, da er als „nicht zurechnungsfähig‟ erachtet wurde, kurzerhand in unser Spital überwiesen, mit der Bemerkung, wir könnten ihn nach gebührender Untersuchung und erfolgreicher Behandlung entlassen. Das „Du‟, das sich einmal als fähig erwiesen hatte, im Einklang

eines „Wir“ zu schwingen, musste somit zum Vertreter des „they“, „der andern“, werden, und für diese wird ein stummer, nackter, namenloser Fremder, ohne Geld und Ausweispapiere zum Problem, ja sogar zum Ärgernis.

Die Vögel wollen Hochzeit halten ...

Ein schönes Neujahrsgeschenk! - Der Namenlose aus dem Gefängnis, ohne Voranmeldung, am Sylvesterabend kurzerhand bei uns im „Mental Hospital“ abgeladen, mit der Bemerkung, der „Magistrate“ am Grenzort, wo der Mann vor 2 - 3 Monaten nackt und ohne Ausweispapiere gefasst worden war, habe auf Grund meines Expertenberichtes seine Versetzung angeordnet. Vorerst spielte der Namenlose „das tote Männlein“. Steif und regungslos lag er, in ein Leintuch gehüllt, auf der Terrasse. Katatoner Stupor? Absichtliches Manöver passiven Widerstandes? - Es gibt offenbar Bereiche des Verhaltens, in welchen Eigensinn und Trotz sich der Kontrolle eines Menschen entziehen und dann ihrerseits ihn beherrschen. Die Grenze zwischen psychotischer Erstarrung und gewollter Starrköpfigkeit ist oft schwer zu ziehen. Auf jeden Fall benützten wir die Gelegenheit dazu, unserem neuen Patienten eine intramuskuläre Dosis eines Neuroleptikums zu verabreichen. Man kann ja nie wissen...

Und nun, wohin mit ihm? Das beste, was wir in unserem bescheidenen, klassenlosen Spital zu bieten hatten, war eines der sechs Betten in einer Ecke des bereits erwähnten kleinen Krankensaales. Von seinen Zimmerkameraden und auch von unserem Personal neugierig bestaunt, wurde also der Fremde dort ins Bett gebracht. Da es sehr kalt war, liess er sich Leintücher und Wolldecken ohne Widerspruch gefallen und gab nur seinen Unwillen gegen die ihm verabfolgte Einspritzung kund.

Am nächsten Morgen, dem Neujahrstag, liess ich ihn in mein angenehm geheiztes Amtszimmer rufen, mit der Absicht, ihn nach einem warmen Bade und bei einer Tasse Tee vielleicht etwas auflockern zu können. Bedingung dafür war natürlich, dass er sich wenigstens ein Tuch umhüllen würde. Er bestand jedoch darauf, völlig nackt zu erscheinen. Nun, man muss in einem solchen Fall gleich anfangs Grenzen setzen! Ich persönlich hätte mich noch einigermassen

damit abfinden können, einem nicht nur stummen, sondern auch nackten Gesprächspartner gegenüber sitzen zu müssen. Es galt jedoch, die Amtswürde zu wahren. Ausserdem waren wir in islamischem Gebiet, wo Schamhaftigkeit in der Bekleidung und vor allem gebührende Distanz zwischen den Geschlechtern sehr streng beachtet werden. Was würden also meine Angestellten und Patienten davon halten, wenn ich diesen nackten Fremden zu mir ins Zimmer einliesse? Ich blieb deshalb bei der Forderung, er könne nur kommen, wenn er wenigstens minimal bekleidet sei. Er seinerseits lehnte dies ab. So musste er eben auf seinen Neujahrstee und das heisse Bad verzichten - und ich hatte das Gefühl, eine erste Schlappe eingefangen zu haben!

Diese Weigerung, sich zu bekleiden, blieb übrigens während des ganzen Aufenthaltes eines der grössten Probleme. Ich hatte zwar bei unseren einheimischen Patienten schon längst gelernt, dass es einen Zustand gibt, in welchem sozusagen die Unschuld des Kindes wieder hergestellt ist und es keine Rolle mehr spielt, ob man sich „anständig bekleidet" oder nackt begegnet. Wie schon früher erwähnt, waren meine Versuche, diese „Nacktkultur" unter unseren Patienten zu Beginn des Sommers durch konsequenten Verhaltensdrill gleich in den ersten warmen Tagen zu verhindern, bisher gescheitert. Ich hatte jedoch im Sinn, dieses Jahr frühzeitiger und systematischer die Mitarbeiter zu instruieren, wie vorzugehen sei, um ein entsprechendes „conditioning" also eine Umgewöhnung durchzuführen. Die Patienten mussten ja schliesslich auf die Rückkehr in die Gemeinschaft vorbereitet werden; und wer nicht willens war, anständig gekleidet sich zu zeigen, konnte nicht entlassen werden.

Und nun war da also dieser grosse, kräftig gebaute Fremde, der natürlich für alle als Respektsperson gelten und dessen Nacktheit zweifellos für die andern Patienten ein nachahmenswertes Beispiel abgeben würde! Ich versuchte, mit dem Namenlosen darüber zu sprechen. Er bezichtigte mich jedoch mit seinen Gebärden nur der Prüderie. Rücksicht auf andere galt offenbar für ihn nichts. Dass auch seine Entlassung davon abhängen würde, ob er gewisse Gebote der Gesellschaft befolgen würde, gleichgültig ob er sie persönlich bejahen konnte, schien ihm nicht einzuleuchten. Nun, vorerst

standen ja noch 2 - 3 winterliche Monate bevor. Im eigenen Interesse blieb der Namenlose in Leintücher und Wolldecken eingehüllt in oder auf seinem Bett. Die eigentlichen Schwierigkeiten zeigten sich erst später, als es draussen wärmer wurde.

Eine weitere therapeutische Überlegung galt der Frage, wie nun weiterhin seiner besonderen Methode der Kommunikation durch spurenloses Schreiben auf der Bettdecke zu begegnen sei. Ein schöpferisch-spontanes Eingehen darauf, wie es mir bei den beiden Besuchen im Gefängnis geglückt war, liess sich ja hier im Spital, wo ich Autoritätsperson zu sein hatte, ausser in seltenen, günstigen Momenten kaum mehr denken.

Entweder war auch das Schweigen wieder Zeichen eines gewollten Eigensinnes, vielleicht ein psychopathischer Zug oder gar ein hysterisches Getue, das man am besten unbeachtet liess. Man konnte aber auch eine echte psychotische Kommunikationsstörung annehmen, wobei dann das spurenlose Schreiben als noch verbleibender restlicher Wille zur Verständigung sorgfältig gepflegt und berücksichtigt werden müsste. Auch dann jedoch riskierte man durch allzu geduldiges Eingehen auf diese recht umständliche Methode der Mitteilung, den Patienten in seiner krankhaften Tendenz zu bestätigen und ihn von der Rückkehr zum Gebrauch der Sprache abzuhalten. Die alte Frage: wie lange darf und kann man eine „Regression" als schöpferisch betrachten und sie deshalb ermutigen? Und wann wird gerade dieses Geltenlassen zum Anlass für eine „Fixierung", ein Zurückbleiben über den Moment hinaus, in welchem ein Fortschritt möglich wäre?

Ich selbst entschied mich bald dafür, der spurlosen Schreiberei keine allzu grosse Beachtung zu schenken. In Anbetracht des offensichtlichen Interesses des Patienten an der Verständigung gerade mit mir, derjenigen Person, mit welcher ihn ein gemeinsamer kultureller Hintergrund verband, war so vielleicht ein Bedürfnis nach natürlicheren und ergiebigeren Formen der Verständigung zu wecken.

Dem Patienten selbst erklärte ich, ich könne mit langsamem Buchstabieren nicht viel anfangen. Mein Wortverständnis sei unmittelbarer. Während er die ersten Buchstaben eines Wortes hinzeichne, sei mein Geist

bereits daran, eine ganze Wortgestalt voraus zu ahnen, und dies hindere mich dann am Weiterverfolgen seines Schreibens. Ausserdem war die Sache für mich bedeutend komplizierter als für die andern: ich konnte nie wissen, ob das, was er für mich auf der Bettdecke mit dem Finger aufzeichnete, englisch, deutsch, eventuell französisch oder gar lateinisch sein würde. Die Konzentration, die nötig gewesen wäre, um seine Mitteilungen zu entziffern, war gewöhnlich während der Visiten im Krankensaal kaum aufzubringen, da ja meine Aufmerksamkeit auch anderen Patienten oder den Mitarbeitern zu gelten hatte. Ich machte jedoch dem Namenlosen klar, er könne jederzeit Mitteilungen, welche seine Bedürfnisse betrafen, auf besonders nachdrückliche Weise auf seinem gewohnten Weg an mich richten. Durch meine relative Gleichgültigkeit seinen „Äusserungen" gegenüber wollte ich ihm gleichzeitig auch zeigen, dass ich seinen Wunsch, anonym zu bleiben, zu respektieren wisse und mich deshalb nicht neugierig zeigen wolle.

Umso mehr liessen sich jedoch meine Assistenten und vor allem die für ihre klinische Ausbildung ins Spital gesandten Medizinstudenten in das interessante, ungewohnte Spiel ein. Sie erfuhren wohl manches, das mir verborgen blieb. Andererseits ist anzunehmen, dass sie auch oft in ihrer Neugier an der Nase herum geführt wurden. Der Namenlose trieb eben auch sein Spiel, und dabei diente die Mitteilung wohl ebenso oft dem Verbergen wie dem Entbergen. Man denke nur an das bereits auf dem bestickten Tuch festgehaltene Prinzip: ± = 0. Dieses erforderte eigentlich, dass jede Feststellung durch ihr Gegenteil wieder aufgehoben werden musste, sollten dauernde Spuren, bei denen man einen „nehmen" konnte, verhindert werden.

Für die meist analphabetischen Mitpatienten war natürlich die spurenlose Schreiberei ohnehin belanglos. Mit ihnen hätte er nun so etwas wie spontane, anonyme menschliche Nähe erleben können. Anfangs schien er diese Atmosphäre der Unmittelbarkeit auch zu schätzen; später jedoch gab er in recht überheblicher Weise seine Verachtung für diese dummen und aufdringlichen Zimmergenossen zu verstehen. Seine allumfassende Liebe für die Menschheit, die er damals im Gefängnis durch sein begeistertes Dirigieren des „Hymnus an die Freude" kundgetan hatte, war also offenbar nicht ganz

„klassenlos“!

Die Einnahme von Medikamenten verweigerte er konsequent. Gewalt wollte ich nicht anwenden. Ich konnte nicht mit einer verständnisvollen und disziplinierten Mitarbeit der meist wenig ausgebildeten Hilfspfleger rechnen. Für diese Leute ist jeder Fremde - und besonders noch, wenn er so gross und stark aussieht wie unser Namenloser! - irgendwie ein Übermensch, dem gegenüber man am besten respektvolle Distanz hält. Ein Versuch, ihm gegen seinen Willen eine Injektion zu verabreichen, hätte deshalb, falls der Patient nicht wieder zu seinem bereits demonstrierten passiven Widerstand Zuflucht genommen hätte, in eine wüste Rauferei ausarten können. Sogar für körperliche Störungen wollte Mr. No Name keine Medikamente einnehmen. Er klagte zwar einmal über Zahnweh und eine herausgefallene Plombe. Ich rief bereitwilligst einen Zahnarzt her und bat ihn, sich bei dieser Gelegenheit die Lage der Goldkronen zu merken und mir nachher einen „Status“ aufzuzeichnen. Ein solcher konnte für die Identifizierung des Unbekannten von Nutzen sein. Der Patient liess sich die Untersuchung willig gefallen, lehnte es jedoch ab, die verschriebenen Tabletten gegen den Schmerz einzunehmen. Er zeigte auf eine lange, breite Narbe, die auf einer Seite sein Gesäss überquerte, und deutete an, er habe sogar zur Heilung dieser schwer infizierten Verletzung keine Medikamente zugelassen, sondern nur der Natur und seinen eigenen Kräften vertraut.

Von der recht rauhen Kost, die für unsere Patienten zubereitet wurde, nahm er, was ihm passte. Eines Tages jedoch verweigerte er die Nahrung und liess uns wissen, er habe Durchfall. Auch dafür wurde natürlich kein Medikament angenommen. Um trotzdem wenigstens die Flüssigkeitszufuhr sicher zu stellen, brachte ich ihm aus meinem eigenen kleinen Haushalt Pfefferminztee. Dies liess er sich gerne gefallen. Auch als er sich bereits wieder erholt hatte von der Darminfektion, hatte ich weiterhin täglich eine Flasche davon zu bringen. Pfefferminz wurde jedoch allmählich durch Hagebutten ersetzt, und da diese auf englisch „rose hips“ heissen, wurde das daraus zubereitete Gebräu zum „Hippy tea“.

Unterdessen war es Frühling geworden. Draussen im Garten zwitscherten

die Vögel, und oft hörte man den auffallenden Ruf des Wiedehopfs, der im Rasen mit seinem langen Schnabel nach Würmern und Engerlingen stocherte. Einem plötzlichen Einfall nachgebend, rezitierte ich einmal bei einem meiner Besuche: „Der Wiedehopf, der Wiedehopf, der bringt der Braut den Blumentopf" - oder war es wohl „den Gugelhopf"? - Wie schon mehrmals, wenn ich mein Glück mit deutschsprachigen Kinderreimen und Liedern versucht hatte, reagierte der Namenlose mit offensichtlichem Erkennen. Also wieder ein Zeichen dafür, dass er in Deutschland, eventuell in der Schweiz, aufgewachsen war!

Als ich diese kleine Begebenheit schon längst vergessen hatte, zog der Namenlose eines Tages wieder einmal meine Aufmerksamkeit mit besonderer Dringlichkeit auf seine spurenlose Schreiberei. Ich gab mir Mühe, seine Zeichen zu entziffern und las zu meinem Erstaunen: „Auerhahn", und zwar auf deutsch, während er sonst häufiger auf englisch schrieb. Was will er wohl mit einem Auerhahn? - Als sich bei mir nicht sofort die richtige Assoziation einstellte, begann er weiter zu schreiben: „Wiedehopf". Aha! Jetzt verstand ich: eine weitere Strophe des Liedleins: „Die Vögel wollen Hochzeit halten": „Der Auerhahn, der Auerhahn, der bringt der Braut..." so sang ich vor mich hin. Ja aber, was bringt er nun der Braut? Prompt erschien auf der Bettdecke „Bräutigam", wozu der Schreiber eindringlich abwechslungsweise auf sich selbst und dann auf mich zeigte. Dies sollte wohl eine Aufforderung sein, wie ich sie ähnlich schon aus anderen merkwürdigen Äusserungen erraten hatte: Ähnlich den draussen balzenden Vögeln, sollte das „Ich" und das „Du", die offenbar auch in der neuen Situation nicht ganz entfremdet worden waren, endlich zum liebenden „Wir" vereinigt werden.

Es gelang mir nicht ganz konsequent, nur die Rolle des strengen Superintendenten zu spielen. Hie und da wollte ich meinen Patienten doch merken lassen, dass ich in echt menschlicher Sorge für ihn fühlte. In einer solchen Anwandlung brachte ich ihm eines Tages eine der ersten Narzissen, die sich im Garten, noch halb unter dem Schnee, geöffnet hatten. Mit der Bemerkung: „One Narcissus for the other Narcissus" („Ein Narziss für den anderen Narziss"), legte ich die Blume auf den Nachttisch neben dem Bett. Ein

dankbares Lächeln belohnte mich für diese Tat. Einige Tage später suchte er durch dringend anmutende Gebärden meine Aufmerksamkeit auf sich zu lenken. Er deutete abwechselnd auf die Blume, die immer noch in einer Medizinflasche auf dem Nachttisch stand, dann wieder auf seinen eigenen Mund. Zuerst war ich ratlos, was das nun wieder heissen sollte. Wollte er wohl fragen, ob er die Blume essen könne? Als er, enttäuscht über mein Unverstehen, bereits sich anschickte, seine spurenlosen Zeichen auf die Wolldecke zu schreiben, kam mir plötzlich die Erleuchtung: „Hermann Hesse!" Sein Gesicht hellte sich auf. Ja, natürlich: „Narziss und Goldmund", enthielt doch sein Mund so viele Goldkronen! Ob er damit vielleicht auch andeuten wollte, dass wir beide ebenfalls solch gegensätzliche Rollen im Leben spielten wie diese berühmten Romanfiguren?

Immer wieder liessen mich derartige Szenen spüren, welch stark verbindende Kraft einem gemeinsamen kulturellen Hintergrund entströmt. Menschen, denen die gleichen Wiegenlieder gesungen worden sind, die sich an den gleichen Kinderreimen erfreut haben, die in reiferem Alter sich mit der gleichen Dichtung und Musik geistig ernährten, leben, ob sie es nun wollen oder nicht, in einer gemeinsamen Welt. Kein einziger von meinen indischen Kollegen, ja wohl nicht einmal jeder Europäer, hätte all den Anspielungen und Andeutungen folgen können, welche zwischen dem Namenlosen und mir Gemeinsames aufleuchten liessen und das feine Netz von Verbindungsfäden dichter woben.

Die Medizinflasche, in welcher die Narzisse eingestellt war, trug eine Etikette mit ziemlich viel Aufschrift in grossen Buchstaben. An einem der nächsten Tage beobachtete ich, dass Mr. No Name das Papier sorgfältig - wie ein geübter Markensammler!" - von der Flasche gelöst hatte. Mit seinen Fingern die Buchstaben zertrennend, befestigte er sie mittels des noch haftenden Klebstoffes wieder in anderer Zusammensetzung, also als „collage" auf der Flasche. Es war eine mühevolle, knifflige Arbeit, der er sich mit ganzer Aufmerksamkeit widmete. Das merkwürdige Schriftstück, das dabei zustande kam - zum ersten Mal etwas, das als feste Spur zu sehen war und aufbewahrt, „genommen" werden konnte! -, kann ich aus dem Gedächtnis nicht mehr ganz

reproduzieren: Es fing jedoch an: „Medicine is poison. Do not take drugs.“ („Medizin ist Gift. Nimm keine Drogen ein.“). Weiter unten stand eine Linie: „Let us do it in bed“, d.h. „Lass es uns im Bett tun.“ Was dort zu tun sei, war natürlich nach seinen vorherigen Anspielungen bereits klar!

Inzwischen war es draussen recht angenehm warm geworden, und eines Tages fand ich den Namenlosen, entgegen meinen Warnungen und Anordnungen, einfach völlig nackt draussen im Garten sitzen. Die Spitalinsassen kümmerte dies zwar wenig. Er war jedoch auch den Blicken der ambulanten Patienten und der Besucher ausgesetzt. Ich versuchte nochmals, ihn zu bitten, wenigstens beim Verlassen des Zimmers ein Tuch um seine Lenden zu schlagen. Die Antwort war ein mitleidig-spöttisches Lächeln. Ich musste mich offensichtlich geschlagen geben und konnte mein Missfallen nur dadurch zeigen, dass ich ihn, wenn immer möglich, nicht beachtete und ihn nicht anredete, wenn er sich nackt draussen aufhielt.

Da wir im Sommer unsere Poliklinik draussen im Spitalgarten abhielten, hatte der Namenlose nun, mehr als vorher vom Bett aus, Gelegenheit, mich bei der Arbeit zu beobachten; und dies tat er auch offensichtlich recht intensiv. Auch wenn ich noch nicht ahnen konnte, wozu er einst diese Beobachtungen verwenden würde, war es mir doch recht peinlich und lästig, ständig so überwacht zu werden.

Während dieser Zeit machte Mr. No Name zwei Fluchtversuche. Das erste Mal, wohl einfach um mir zu zeigen, dass es gar nicht so unmöglich sei, im Adamskostüm sich draussen aufzuhalten, spazierte er einfach zum stets geöffneten Spitaltor hinaus auf den Vorplatz. Dort konnte er von den zuerst allerdings zögernden Wärtern wieder eingefangen werden. Ein zweites Mal rannte er hinaus, wild um sich schlagend und einen der Torwächter verletzend, und gelangte schliesslich in ein ziemlich bevölkertes Quartier in der Nähe des Spitals. Der ungewohnte Anblick des nackten Fremden brachte natürlich sofort eine sensationslustige Menge zusammen, die ihn offenbar doch einschüchterte. Mit Hilfe der Polizei konnte er in der Spitalambulanz zurück gebracht werden. Beide Male benahm er sich bei der Rückkehr ins Spital wie damals bei der Aufnahme; er legte sich steif und starr auf den Boden. Wiederum benützten

wir diese Gelegenheit zur Verabreichung einer Injektion; diesmal war es jedoch ein Depot-Psychopharmakon, dessen Wirkung hoffentlich länger anhalten würde und vielleicht die psychotischen Tendenzen beeinflussen konnte.

Ob es die Wirkung dieses Medikamentes war oder ein spontaner Prozess oder, wie der Patient später selbst erklärte, einfach die Angst davor, noch weiter mit solch unnatürlichen Medikamenten misshandelt und „vergiftet" zu werden, wäre schwer zu entscheiden. Auf jeden Fall konnte man nach 5 Monaten, also im Juni, Zeichen eines vermehrten Mitteilungsbedürfnisses feststellen. Zuerst verschaffte er sich von unserem Musikmeister, welcher täglich die Patienten zum Singen und Spielen ihrer volkstümlichen Weisen und Tänze anregte, eine Bambusflöte. Darauf ertönte als erstes: „Muss i denn, muss i denn zum Städtele 'naus, und Du mein Schatz bleibst hier..."

Als nächstes bemächtigte er sich, jetzt immerhin mit einem lose umgeschlungenen Tuch bedeckt, im Spitalbureau der Schreibmaschine. Vorerst blieb es bei kurzen Mitteilungen, in denen er seine jeweiligen Bedürfnisse maschinengeschrieben kundgab. Eines Tages jedoch verfasste er einen langen Text, den er durch die Bureau-Angestellten mir übergeben liess. Diese berichteten mir dazu, der Namenlose könne auf der Maschine sehr rasch und fliessend schreiben. Sie hätten ihn deshalb gebeten, ihnen bei ihrer Arbeit zu helfen. Dies habe er jedoch stolz abgelehnt.

Der Text, zum Teil recht konfus, war eine Mischung von sozialpolitischem Manifest und Liebeserklärung mit deutlicher Aufforderung zur Vereinigung, offenbar an mich gerichtet. Es war schwer zu wissen, ob er wirklich hoffte, mit diesen unverblümten Vorschlägen eine bereits ergrauende Spitaldirektorin betören zu können, ob er mich lediglich auf meine Standhaftigkeit prüfen wollte oder ob gar alles einfach ironisch, nur im Spott, gemeint war. Man hatte bei diesem Dokument sehr den Eindruck, dass es den ersten Ausfluss einer lange verstopften Leitung darstellte und somit alles etwas heftig und noch stark getrübt heraus gespritzt war. Was lag näher als all die lange zurückgestauten Gefühle, die nun kunterbunt heraus purzelten, vor dem einen Menschen auszuschütten, der imstande war, ihn aus dem gemeinsamen kulturellen Hintergrund heraus zu verstehen und zu dem er offenbar auch am

meisten Vertrauen hatte?

Am nächsten Tag begann er zu flüstern, dann heisere Laute von sich zu geben, um schliesslich mit kräftiger Stimme, anfangs jedoch oft nur zögernd, zu sprechen. Man konnte nun seinem Englisch deutlich anmerken, dass er aus deutschsprachigem Gebiet stammen musste. Auch jetzt hielt ich mich weitgehend zurück, um ja nicht den Eindruck zu erwecken, ich wolle mit übertriebener Neugier gleich das erwachte Mitteilungsbedürfnis ausbeuten. Damit beginnt jedoch eine neue Phase, die ich mit

Gehirnwäsche

betiteln möchte.

Ich benachrichtigte die Polizei davon, dass der Unbekannte nun spreche. Ein hoher Polizei-Offizier kam mit einigen seiner Untergebenen. Wie diese mir nachher berichteten, gab der Fremde seinen Namen und sogar die Nummer des von ihm fortgeworfenen Passes bekannt. Ich selbst bemühte mich nicht, Mitteilungen über diese Daten zu erlangen. Ich tat wohl gut daran. Der Namenlose beklagte sich nachher darüber, man habe ihm nun sein Letztes noch genommen, nämlich seine „Identität“. Diese war immerhin in seinem Gedächtnis noch aufbewahrt gewesen und nicht, wie er dies vorher dargestellt hatte, völlig ausgelöscht.

Seinen Mitteilungen in den folgenden Tagen konnte man entnehmen, dass er tatsächlich ursprünglich aus Deutschland stammte, später jedoch die amerikanische Nationalität erworben hatte. Die restlichen Angaben schienen oft mehr einer Verschleierung der Identität zu dienen als einer Enthüllung. Er behauptete, seine Eltern seien in einem Konzentrationslager umgekommen, er selbst sei an verschiedenen Pflegeorten, unter anderem wohl auch in der Schweiz, aufgewachsen. Obwohl er zuerst angegeben hatte, er sei alleinstehend, erzählte er mir einmal in zärtlichem Ton von einem kleinen Sohn, offenbar illegitim, um den er sich sorge. Bald darauf erklärte er, er sei verheiratet gewesen, jedoch jetzt geschieden. Dann wieder gab er sich als

Ehemann und Vater von zwei Kindern aus. Mit dem Stolz eines vielfachen Ausbrechers stellte er mir gegenüber einmal fest, er sei bisher von jedem Ort, der sein „Heim" hätte sein sollen, entweder fortgejagt worden oder selbst fortgelaufen. Diese Feststellung war vielleicht das, was man am ehesten glauben konnte! Ziemlich glaubhaft war auch sein Bericht über einen Hungerstreik, den er an einer amerikanischen Universität inszeniert habe, wo er doktorieren sollte, vermutlich in Soziologie oder Sozialpsychologie. Er wusste Einzelheiten zu berichten über international bekannte Dozenten dieser Universität und ihr Verhalten ihm, dem Rebellen, gegenüber, die nicht einfach erfunden sein konnten.

Obwohl ich all das, was ich in mühsamer Detektivarbeit zusammen getragen hatte, den Polizeibehörden mitgeteilt hatte und diese darüber hinaus nun auch noch über genaue Informationen verfügten, die mir nicht bekannt waren, wurde offensichtlich wenig unternommen, um den Namenlosen in seine Heimat zurück zu führen. Ich selbst kümmerte mich nicht gross um seine Identität: wenn er „nur als Mensch" in aller Unmittelbarkeit erlebt werden wollte, so sollte ihm von meiner Seite nichts im Wege stehen. Ich konnte mich jedoch des Gedankens nicht erwehren, dass irgendwo in der Welt, vielleicht in meinem eigenen Lande, Angehörige sich seit Monaten oder sogar seit Jahren um ihn sorgten; dass Eltern ihren Sohn, eine Frau vielleicht ihren Mann und Kinder ihren Vater vermissten. Ein Mann, der es offensichtlich einmal im Leben zu etwas gebracht hatte - woher sonst die Goldkronen im Gebiss, die Gelegenheit zum Skifahren und Cellospielen, die Vertrautheit mit europäischem Kulturgut, die Aspiration auf den Doktortitel? - konnte doch nicht einfach so untertauchen, ohne irgendwo vermisst zu werden! Vor allem im Hinblick darauf, und natürlich auch, weil wir den Mann ja nicht endlos in unserem schlecht ausgerüsteten Spital behalten konnten, hatte ich mich schon gleich zu Anfang seines Aufenthaltes an die Schweizer Botschaft in New Delhi gewendet, mit der Bitte, auch andere deutschsprachige diplomatische Vertretungen zu benachrichtigen. Von dort wurde zwar nachgeforscht, jedoch ohne Erfolg.

Während meiner psychiatrischen Ausbildung in der Schweiz hatte ich vor vielen Jahren gelernt, dass ein Anstaltsdirektor mehr von seinen Patienten

erfahren und ihnen oft auch mehr helfen kann, wenn er seine Visiten allein macht. Auch in Indien hatte ich mich meist bestrebt, diesem Vorbild nachzuleben. Hier in Kashmir jedoch war offenbar so etwas nicht mit der Würde eines Superintendenten vereinbar. Wenigstens bei der offiziellen Morgenrunde musste der ganze „Schwanz" der Ärzte, Fürsorger, Oberpfleger und Stationspfleger mitlaufen. So musste ich denn auch meine Besuche bei Mr. No Name, der jetzt wenigstens die kritischsten Körperregionen mit einem Tuch bedeckte, meist mit dieser Begleitung machen. Wenige Tage, nachdem er zu sprechen begonnen hatte, merkte ich, dass er diese Gelegenheit dazu benützte, um mich vor meinen Untergebenen auf recht raffinierte Weise blosszustellen und all meine Verhaltensweisen, die er ja schon so lange und offenbar genau beobachtet hatte, in Frage zu stellen oder sogar lächerlich zu machen. Zuerst nahm ich es gelassen hin, aus der Erfahrung heraus, dass lange Zeit stumme Katatone beim Auftauen eben zuerst den angestauten „Dreck" heraus lassen müssen. Auch wusste ich um das Bedürfnis mancher Schizophrener, besonders der paranoiden, einmal einem anderen Menschen gerade das anzutun, womit sie selbst sich ständig „von den andern" verfolgt und geplagt fühlen. Zugleich hoffen sie, bei dieser Tortur wenn möglich vom auserwählten Opfer etwas von den Kräften zu erhaschen oder geradezu zu rauben, die ihnen selber fehlen, die jedoch diesen andern dazu befähigen, sich im Leben zurecht zu finden.

Im begrenzten Rahmen einer regulären Psychotherapie ist man ohne weiteres bereit, sich sozusagen stellvertretend als Opfer solcher Tendenzen vorübergehend zur Verfügung zu stellen, immer wissend, dass die Angriffe eigentlich nicht einem selbst gelten. Mit Mr. No Name hatte ich jedoch nie eine ausdrückliche Vereinbarung über eine psychotherapeutische Situation getroffen. Ganz abgesehen davon, dass ich keine Zeit gehabt hätte, um mich so intensiv mit einem einzelnen Patienten abzugeben, hätte er selbst wohl ein Therapie-Angebot nie angenommen, da es ihm ja offensichtlich an Einsicht in sein „Kranksein" fehlte. Nun erlaubte er sich also das, was sonst nur auf dem geschützten, diskreten Spielplatz einer Psychotherapie annehmbar ist, in einem Bereich auszuagieren, der zur gemeinsamen Wirklichkeit auch für andere

gehörte. Das Spiel wurde sozusagen zur Ernst-Situation, und dies bedeutete natürlich für das arme Opfer eine fast unzumutbare Belastung!

Die Angriffe hielten allerdings nicht konsequent an. Am Tage nach einer kalten Dusche konnte der Namenlose plötzlich erstaunlich liebenswürdig sein, sich sogar besorgt nach meinem persönlichen Befinden erkundigen oder in für die anderen Anwesenden nicht verständlichen Anspielungen auf unsere kulturelle Verbundenheit hinweisen oder sogar fröhlich scherzen. Sobald ich mich daraufhin ein wenig in Sicherheit wiegte und hoffte, der Kropf sei nun vielleicht geleert, kam wieder ein neuer Hieb, und zwar auf englisch, so dass alle Umstehenden verstehen konnten, was er gegen mich vorbrachte.

Zuerst ging es nur allgemein um „Anti-Psychiatrie": die Psychiatrie sei eine unmoralische Geldmacherei. Um sich ein Vermögen zu erwerben, erkläre man arme Leute als geisteskrank und unterwerfe sie dann schädlichen Behandlungen. Auch ich sei ja nur hier, um Geld zu verdienen. Auf meinen Einwand, dass ich in Europa wohl sehr viel mehr verdienen könnte als hier, und dass ich ausserdem schon seit Monaten nicht einmal das bescheidene, mir zustehende Salär erhalten hätte, konnte er im Moment nicht viel erwidern.Bei einem nächsten Angriff ging es darum, dass meine Tätigkeit hier unethisch sei, indem ich die Lage meiner Patienten ausnütze, um mir „emotional satisfaction", also Gefühlsbefriedigung zu verschaffen. Ich hätte sonst wohl niemanden auf der Welt, der mich liebe oder den ich lieben könne. Das traf bereits tiefer. Jeder Psychiater, ja sogar jeder Arzt, muss sich ja immer wieder fragen und prüfen, ob er nicht die Not seiner Patienten für eigene Zwecke, wenn auch noch so edle, ausnütze. Ich selbst hatte mir zwar schon vor Jahren, noch bevor ich den psychologischen Begriff der „Sublimation" kannte, die Idee der „noble selfishness", der „edlen Selbstsucht" zurechtgelegt, also die Einsicht, dass auch moralisch und ethisch hochwertigstes Verhalten, nebst allem Altruismus, doch auch dem eigenen Selbst und seiner bestmöglichen Entfaltung zuliebe geschehe. Was mir jetzt an Anschuldigungen an den Kopf geworfen wurde, und zwar wiederum in Anwesenheit meiner Untergebenen, ging jedoch weit über das hinaus, was ich mir selbst so eingestanden hatte. Sah er denn nicht, dass es Überwindung kostete, diese unbeholfenen, rauhen

Patienten mit ihren oft unsauberen Gewohnheiten täglich mit so viel Achtung, ja vielleicht sogar Liebe, zu begrüssen? dass sie meine Gegenwart nicht scheuten, sondern spontan sich mir näherten und durch Zärtlichkeiten oder durch das, was ich „die Gabe des armen Mannes‟ nannte, nämlich ein Massieren der Beine oder Arme, ihr Vertrauen und ihre Zuneigung bewiesen?

Beim nächsten Ansturm, wieder nach einigen Tagen der Ruhe, nahm er mein Bemühen, für jeden Patienten bei meiner Runde ein paar freundliche Wort bereit zu halten oder gar in ein entspanntes Gespräch einzutreten, aufs Korn. Was das schon sei? Vor jedem ein paar Banalitäten zum besten zu geben, die doch gar nicht ernst gemeint seien! Das könne doch jeder! Natürlich wurde auch meine Funktion als „Entwicklungshelfer‟ im fremden Land unter die Lupe genommen. Er schrieb mir unlautere Motive zu und in Anwesenheit der einheimischen Angestellten forderte er mich auf, das Land zu verlassen, da ich hier nichts zu suchen habe. Dann wieder galten seine herabsetzenden Bemerkungen meiner Kleidung oder der Tatsache, dass Gesicht und Haare Spuren des Alterns zeigten. Kurz, es wurde kein guter Faden an mir gelassen.

Allmählich ging mir dieses Katz-und-Maus-Spiel auf die Nerven oder eher auf das Gemüt. Ich konnte zwar sehen, dass meinen Untergebenen und Mitarbeitern diese Szenen auch peinlich waren. Ich wusste, dass sie untereinander darüber redeten und sich wunderten, wie ich das aushalten könne. Mit der Zeit jedoch konnten diese ständigen Angriffe doch meine Stellung untergraben, umso mehr als die jüngeren Kollegen meine Gegenwart nicht immer nur als etwas Positives empfanden, sondern auch als ein Hindernis auf ihrem raschen Weg zu hohen Posten. Vor allem jedoch wirkten diese ständigen Nörgeleien und Verdächtigungen auf mich persönlich niederschlagend. Ich hatte ja niemanden, mit dem ich frei hätte darüber sprechen können. Es blieb die tägliche „Abreaktion‟ abends bei der Gartenarbeit. Dabei kam mir, ungefähr zwei Wochen nachdem das böse Spiel begonnen hatte, eine Erleuchtung:

Halt, was dieser Mann mit mir macht, ist ja „brain-washing‟, „Gehirnwäsche‟! Gerade so untergräbt man das Vertrauen eines Menschen, drängt man ihn systematisch in Selbstbeschuldigung und Depression! Man

reibt einem Anklagen ins Gewissen, die ein ganz kleines Körnlein von Wahrheit oder mindestens Möglichkeit in sich haben. Dann lässt man wieder los, wie wenn nichts geschehen wäre, bietet vielleicht günstigere Bedingungen an oder spendet Lob, bittet sogar um Verzeihung für die „Missverständnisse", um gleich darauf wieder umso kräftiger loszuschlagen. Dabei versucht man ständig, den anderen in eine sogenannte „double-bind"-Situation hinein zu zwingen, d.h. eine „Zwickmühle", aus der man nicht heraus kann, weil jede Antwort, die man geben könnte, einen verrät und den andern triumphieren lässt! Ja, darüber muss ich doch irgendwo Literatur haben! Sehen wir einmal nach, was die Kommunikationstheoretiker darüber zu sagen haben. Hatte nicht der Namenlose damals, als ich ihn erstmals im Gefängnis besucht hatte, in seiner spurlosen Schrift die Namen von Psychiatern auf die Tischdecke gemalt, die zu dieser Schule gehörten und die über „mystification" und „the effort to drive the other person crazy" („Mystifizierung" und „die Bemühung, den anderen in die Verrücktheit zu treiben") geschrieben hatten? Ich hatte ihn damals merken lassen, dass mindestens zwei dieser Kollegen mir persönlich bekannt waren. Wo und wie ich sie getroffen hatte, blieb jedoch mein Geheimnis, das Mr. No Name vergeblich zu lüften versucht hatte.

So las ich nun in einem einschlägigen Werk nach [18]: Voraussetzung für solch teuflisches Spiel ist, dass die beiden Beteiligten in einer Beziehung gegenseitiger Abhängigkeit stehen oder mindestens in einer gemeinsamen Situation zusammen leben müssen. Weiterhin muss der „Inquisitor" über sein Opfer genügend informiert sein. - Durch meine Zurückhaltung hatte ich selbst zwar meinem Folterer nur wenig an Material geliefert. Ich wusste jedoch, dass er Kollegen, Angestellte und Studenten über meine beruflichen und privaten Verhältnisse ausgefragt hatte. Vor allem aber hatte er in den vergangenen fünf Monaten täglich Gelegenheit gehabt, mich aus der Nähe bei meiner Arbeit zu beobachten. Ausserdem war da dieser gemeinsame kulturelle Hintergrund, welcher ihm erlaubte, abzuschätzen, welches wohl für mich die höchsten Werte waren, und so zu wissen, wo und wie er mich am empfindlichsten verletzen konnte.

Im Buch, in welchem ich die verschiedenen Techniken der Gehirnwäsche

beschrieben fand, war auch gleich der Weg aus der Verstrickung heraus angegeben: Nicht in der Kommunikation bleiben, also sich nicht auf ihren Inhalt beziehen, sondern in die sogenannte „Metakommunikation" gehen, in andern Worten auf das hinweisen, was die Mitteilung des andern bezweckt oder aus welcher Beziehung sie entspringt. Darüber hinaus wurde empfohlen, dem Partner möglichst wenig von seinen Gefühlen und Reaktionen zu verraten, alles im Ungewissen zu belassen, kryptische Antworten zu erteilen um so zu versuchen, ihn seinerseits zu „mystifizieren".

Gefestigt durch diese Einsicht in das böse Spiel, das Mr. No Name offensichtlich ganz bewusst und mit viel Sachkenntnis mit mir treiben wollte, wagte ich es, auf meiner Abendrunde ihn allein zu besuchen. Zu meiner Verwunderung bot er mir, in recht teilnahmsvoller Stimme, seine „apologies", also seine Entschuldigung, an für das, was er sich während der Morgenrunde geleistet hatte. War auch dies wieder nur ein Teil des grausamen Spieles? Die Phase des Loslassens, so dass man nachher wieder umso härter zugreifen kann? Oder hatte er wirklich selbst gemerkt, dass er es zu weit getrieben hatte? Auf jeden Fall konnte ich die Sache nun mit mehr Distanz sehen. Ich erklärte ihm, dass ich mir die Sache überlegen müsse und dass ich ihm meine Antwort - nämlich ob seine „Entschuldigung" für mich annehmbar sei - morgen geben würde.

Am nächsten Tag teilte ich ihm in einem kurzen Brief mit, ich hätte sein Spiel durchschaut. Ich versuchte, ihm den Unterschied zu erklären zwischen einer blossen „apology", also einer „Absage" oder einem „Widerruf" einerseits und einem wirklichen Verzeihen, das von Herzen kommt. Ich wies darauf hin, dass gemäss seiner Philosophie ja ± = 0 sei. So sei auch seine zeitweilige Freundlichkeit oder sogar die gestern angebotene „Entschuldigung" nur darauf aus, das Geschehene durch ein Ins-Gegenteil-Ziehen zu annullieren. Er selbst habe jedoch einmal gesagt, dass Verletzungen ihre Spuren hinterlassen, die oft lange Zeit hindurch getragen werden müssen. Schliesslich erwähnte ich, dass ich keine eindeutige Möglichkeit hätte, ihn fühlen zu lassen, ob ich ihm wirklich von Herzen verzeihe - und das heisse für mich nicht einfach „vergessen" oder „ausradieren", sondern den Mantel der Liebe über die Mängel des andern

breiten! Er sei ja darauf aus, alles, was ich sage, zu verzerren. Würde ich ihm also meine Verzeihung zusichern, so würde er mich wieder kritisieren, weil ich keine Feindseligkeit ertragen könne und um jeden Preis Liebe kaufen müsse; würde ich ihm jedoch die Verzeihung verweigern, so würde er mich erst recht der Hartherzigkeit bezichtigen. Was mir übrig bleibe, sei deshalb, ihn im Zweifel darüber zu lassen. Für den Fall, dass er doch auf eine Antwort dringe, sei eine Margrite beigelegt. Diese könne er befragen. Ich selbst hätte die Blütenblätter nicht gezählt. Das mache jedoch nichts aus, da das Resultat des Blumenorakels ohnehin davon abhänge, womit er abzuzählen beginne.

Damit war es nun offenbar mir gelungen, ihn zu „mystifizieren", so dass er sich in den nächsten Tagen eher sanft und kleinmütig verhielt. Zu kleineren, mehr scherzhaften Geplänkeln kam es zwar immer noch, nun jedoch eher, wenn ich ihn allein besuchte, und nicht mehr bei der „grossen Runde". Ich war dabei immer bedacht, seine Strategien zunichte zu machen, indem ich ihn auf falsche oder unvollständige Information aufmerksam machte, ihn über meine Reaktionen im Ungewissen liess oder ihn durch irgendeine kryptische Bemerkung oder gar einen Scherz verblüffte. Schliesslich rief er einmal fast verzweifelt aus: „Sie sind eine harte Nuss! Was soll ich nur tun?" Antwort: „Vielleicht könnten Sie die „Nussknacker-Suite" spielen!" - „Ach ja, Tschaikowski!" Damit war die Spannung gelöst.

Nach ein paar Tagen jedoch flackerte die alte Lust am Quälen nochmals auf, wiederum bei der gemeinsamen Morgenrunde: „Ja, ihr Beamten mittleren Alters", so begann er, natürlich wieder mich anredend, „ihr habt einen grossen Fehler. Ihr könnt nie Ferien nehmen, weil ihr meint, ihr seid unentbehrlich. Ich bin nun schon so lange hier und habe nie gesehen, dass Sie Urlaub genommen hätten." Diesmal hatte ich eine prompte Antwort bereit: „Entschuldigen Sie, Ihre Information ist falsch. Ich werde in drei Tagen in die Schweiz in die Ferien verreisen!" Das wirkte! In völlig anderem Ton rief er sehnsüchtig aus: „Oh, Switzerland! Dort gibt es so gute Erdbeertorten und Birchermüesli! Sagen Sie doch bitte einen Gruss an den lieben alten Vater Rhein!"

Im Hinblick auf meine Abwesenheit hatte ich bereits vor einigen Tagen den Polizeibehörden wieder einmal einen Brief gesandt, in dem ich sie über die

Entwicklung der letzten Wochen orientierte und dringend empfahl, für eine Umgebungsänderung zu sorgen. Ich fürchtete, dass während meines Urlaubs der Namenlose sich vielleicht jemanden zum Opfer erwählen würde, der gegen seine Angriffe weniger gut gewappnet wäre. Vor allem jedoch erfüllte unser „Patient“ nun schon seit einiger Zeit die Bedingungen, die für seine Entlassung gestellt worden waren: er hatte der Polizei seine Identität bekannt gegeben; er hatte zu sprechen begonnen, und er bedeckte sich wenigstens notdürftig mit einem Tuch, wenn er ausserhalb des Krankensaales weilte. Vor meiner Abreise bekam ich von der Polizei noch eine telefonische Meldung, man sei darum bemüht, den Mann der diplomatischen Vertretung seines Heimatlandes zu übergeben.

Somit hätte eigentlich die Geschichte ihr Ende finden sollen. Es kam jedoch anders, so dass ein weiterer Abschnitt zu schreiben ist, dessen Untertitel

Don Juan auf Pilgerfahrt

lauten soll:

Als ich nach einigen Wochen aus Europa zurück kam, war ich sehr erstaunt, beim Eintritt ins Spital als erstem Menschen Mr. No Name zu begegnen. „Was? man hat noch nicht dafür gesorgt, dass Sie von hier wegkommen? Ich hatte doch alles vorbereitet für Ihre Entlassung!“ rief ich aus. Er redete nun ruhiger und vernünftiger als vorher und unterrichtete mich, dass während meiner Abwesenheit nichts in seiner Sache geschehen sei. Hingegen beklagte er sich darüber, dass meine Vertreter ihm zwangsweise Einspritzungen gegeben hätten, offenbar nicht ohne Erfolg! Entgegen meinen Befürchtungen hatte er niemanden mit seinen „brainwash“-Methoden geplagt, vermutlich weil das Spiel nur möglich und interessant ist, wenn man genügend über sein Opfer weiss, und das war nur bei mir der Fall.

Ich teilte seine Besorgnis über seine Lage und gab zu, dass es eigentlich keinen Grund mehr gebe für sein Hierbleiben, da er ja alle Bedingungen für seine Entlassung erfüllt habe. Aber wohin mit ihm, wenn die Polizeibehörden

nicht helfen wollten?

Da kam mir eine Idee: In ungefähr zwei Wochen würde in Kashmir die jährliche Pilgerfahrt nach Amarnath beginnen. Hunderte, ja Tausende von Pilgern, vor allem „sādhus" aus allen Teilen Indiens, in allen möglichen und unmöglichen Aufmachungen, würden den langen, beschwerlichen Weg hoch hinauf in die Berge unternehmen, um dort in einer Höhle das „Eis-Lingam" (ein Eis-Stalagmit von der Form eines Phallus, das Symbol für Shiva, den Zerstörer in der Hindu-Trinität von „Schöpfer, Erhalter und Zerstörer"), das um diese Jahreszeit voll ausgewachsen ist, zu verehren. In die Menge dieser oft bizarr aussehenden Pilger, die z.T. auch unbekleidet, nur mit Asche beschmiert, daherkommen, würde er ausgezeichnet passen. Ausserdem war einer unserer Ärzte, der mit Mr. No Name gut auskam, dazu abgeordnet, beim Sanitätsdienst für diese Pilgerfahrt zu helfen. Nachdem ich dem Namenlosen diese Möglichkeit eröffnet und seine Zustimmung gefunden hatte, sandte ich ein Ultimatum an die Polizeibehörden: Sollte ich von ihrer Seite bis zu einem bestimmten Datum nichts vernehmen, so würde ich mir erlauben, den Unbekannten mit unserem „Medical Officer" zusammen auf die Pilgerfahrt zu senden. Er habe versprochen, sich nach der Rückkehr bei der Fremdenpolizei zu melden, die dann mit ihm anfangen könne, was sie für gut finde.

Es kam kein Einwand vonseiten der Polizei. Wir waren also frei, unseren lange gehüteten merkwürdigen Gast zu entlassen. Beim Abschied sagte er mir, mit einer Spur menschlicher Wärme: „Es tut mir leid, dass ich Sie so gequält habe. Ich sah, dass Sie allein in einer nicht alltäglichen und schwierigen Situation unter diesen Patienten und Angestellten tapfer durchhalten, und ich wollte wissen, wie das möglich ist, und was für Kräfte dahinter stecken. Sie haben etwas, das mir fehlt."

Ich meinerseits bemerkte: „Das ist jetzt wohl das erste Mal, dass Sie von einem Ort, an dem Sie heimisch geworden sind, weggehen, ohne dass Sie fortgejagt werden und ohne dass Sie selbst davon laufen." - „Ja, wirklich, es stimmt", antwortete er. Mein Angebot, ihm wenigstens eine minimale Ausrüstung für die Pilgerfahrt mitzugeben, lehnte er ab. Wie er gekommen war, barfüssig, nur mit einem umgeschlagenen Tuch leicht bedeckt, verliess er das

Spital.

Nach zwei Wochen kam unser „Medical Officer“ zurück und erstattete Bericht über das Ergehen des merkwürdigen Pilgers: Schon beim ersten Lager habe er sich einigen „Hippy-girls“ angeschlossen. Diese seien jedoch seiner bald überdrüssig geworden, da er sich nur für „Nachtschicht“ interessierte und tagsüber keineswegs bereit war, beim Holzsammeln, Wasserholen oder Kochen zu helfen. Nachher habe er ihn noch hie und da in der Menge erblickt. So viel er wisse, habe er sich bei der Rückkehr tatsächlich bei der Polizei gemeldet, die ihn dann auf freiem Fuss belassen habe.

* * *

Ungefähr vier Jahre später hielt ich mich während kurzer Zeit an eben jener amerikanischen Universität auf, an welcher der Namenlose angeblich einmal studiert und dann seinen Hungerstreik inszeniert hatte. Ich versuchte zu erfahren, ob man sich an diesen merkwürdigen Gesellen erinnere. Die Dozenten, mit denen ich zusammen kam, bestätigten, dass vor Jahren einmal so etwas vorgekommen sei, konnten mir jedoch keine Einzelheiten angeben. Hingegen spitzte eine als Gast anwesende Dame ihre Ohren, als sie meinem Bericht zuhörte. Sie erzählte mir, ihr Sohn habe kürzlich auf einer Indienreise an einem südlichen Meeresstrand einen Mann angetroffen, der genau meiner Beschreibung entspreche. Als er erfuhr, dass der junge Amerikaner aus jener Universitätsstadt stammte und auch dort studierte, versuchte er offenbar, ähnlich wie damals mit mir, diesen „gemeinsamen kulturellen Hintergrund“ auszunützen, um auch mit ihm sein grausames Spiel

der „Gehirnwäsche“ zu treiben. Da der Junge jedoch nicht, wie ich damals, durch die Umstände gezwungen war, sich mit ihm abzugeben und ausserdem bald wieder weiter reiste, konnte er natürlich nicht viel ausrichten. Was ich von dieser Dame vernehmen konnte, liess keinen Zweifel übrig, dass es sich dabei wirklich um unseren Mr. No Name handelte. Das einzige, was er also inzwischen gelernt hatte, war offenbar, dass sich Nacktkultur angenehmer und ungestörter an einem südlichen Strand betreiben lässt als in den

verschneiten Bergen eines Kashmiri Winters.

Schlussbetrachtungen

Ähnlich wie Mr. No Name mag sich wohl der eine oder andere unter den Lesern gewundert haben, wie ich, allein in einem fremden Lande, in all den geschilderten schwierigen Umständen durchhalten und, allen Hindernissen trotzend, doch etwas Positives aufbauen konnte. Ich selbst griff mir oft an den Kopf, und fragte mich, was für ein verknorzter Masochist ich denn eigentlich sei, dass ich mir all diese Schwierigkeiten, Enttäuschungen und Demütigungen immer wieder gefallen liess.

Im Vergleich mit anderen „Entwicklungshelfern" hatte ich sicher in meiner Stellung in Kashmir, und auch schon an früheren Posten, mit besonderen Problemen fertig zu werden. Gewöhnlich wirkt der Ausländer aus dem Westen, der sich in einem Entwicklungslande nützlich machen will, im Rahmen einer Institution oder mindestens einer Gruppe, die unter dem Patronat seines eigenen Landes oder einer internationalen Organisation steht und auch von dort her finanziert wird. Dies verleiht einem an und für sich schon eine gewisse Sicherheit und einen stärkenden Rückhalt. Ausserdem aber hat man in einer derartigen Situation meist eine weitgehende Kontrolle über die Gestaltung der Arbeitsverhältnisse und auch über die Auswahl von Mitarbeitern. Man hat Leute um sich, mit denen man Schwierigkeiten besprechen und Verbindung mit Experten, bei denen man Rat holen und sich sein Tun bestätigen lassen kann. Vor allem aber kann man sich gewisse Ziele setzen und diese so konsequent als möglich verfolgen. Der Nachteil mag allerdings sein, dass gerade diese Ziele nicht immer realistisch sind. Da man jedoch durch seine eigene Organisation einigermassen gegen allzu unmittelbare Berührung mit den rauhen Wirklichkeiten des Gastlandes abgeschirmt ist, kann es lange dauern, bis man dies merkt. Es mag einem so gelingen, einen kleinen geschützten Bereich der Ordnung zu schaffen, in dem man sich innerhalb eines mehr oder weniger aus dem Westen übertragenen

Milieus recht „daheim" fühlen kann. Wie weit man jedoch damit wirklich „Entwicklung" im Sinne eines dem betreffenden Lande angemessenen, heilsamen und zur allgemeinen Verbreitung geeigneten und dauerhaften Fortschrittes fördern kann, ist eine andere Frage.

Begriffe wie „selbst empfundene Bedürfnisse" („felt needs"), „eigene Bestimmung von Prioritäten" seitens der einheimischen Bevölkerung, „Hilfe zur Selbsthilfe", „nachhaltige Entwicklung" („sustainable development") sind denn auch in den letzten Jahren für die Entwicklungshilfe - oder wie man jetzt weniger patronisierend sagt, „Entwicklungszusammenarbeit" - nicht nur zu Schlagwörtern geworden, sondern zu recht erfolgreichen Grundsätzen des Handelns.

Ich selbst arbeitete zu Beginn meiner Tätigkeit in Indien fast 6 Jahre lang, zusammen mit einigen ausländischen Mitarbeitern, an einem psychiatrischen Institut, das unter westlichem Patronat stand. Später probierte ich auch während einiger Monate aus, wie Indien aus der Perspektive eines „Consultant" einer der grossen internationalen Hilfsorganisationen aussieht. In beiden Situationen konnte ich mich auf die Dauer nicht wohl fühlen.

Schon gleich bei meiner Ankunft in Indien wurde ich der damaligen Gesundheitsministerin, der Rajkumari (Prinzessin) Amrit Kaur, vorgestellt. Sie erklärte mir, die indische Regierung würde es viel lieber sehen, wenn ausländische Ärzte, die in Indien tätig sein möchten, sich nicht in ihren eigenen, vom Westen aus organisierten und finanzierten Institutionen abkapseln würden. Anstatt dessen sollten sie inmitten ihrer einheimischen Kollegen und zu den gleichen Bedingungen wie sie, unter den im Lande üblichen Verhältnissen, am Aufbau des Gesundheitswesens mitarbeiten.

Mit Ausnahme der beiden soeben genannten Dienstverhältnisse unter ausländischem Patronat war dies dann auch das Muster, nach dem all meine anderen Aufgaben in Indien (siehe Zusammenstellung über Tätigkeit in Indien, Seite ...) sich gestalteten: allein als Ausländerin unter indischen Kollegen, meist zwar in einer leitenden Stellung, aber doch durch die beschränkten materiellen Möglichkeiten und die bestehenden Vorschriften gebunden, indischen Amtsstellen gegenüber verantwortlich und darauf angewiesen, mit

den vorhandenen Mitarbeitern, Untergebenen und Studierenden auszukommen, ohne bei ihrer Auswahl viel mitreden zu können. Dabei stösst man immer wieder auf Hindernisse und Grenzen, mit denen man sich in aller Bescheidenheit eben abfinden muss.

Was ich von meiner Arbeit im „Mental Hospital" in Srinagar erzählt habe, mag manchen Leser an Episoden aus der „Geschichte der Psychiatrie" in Europa erinnern, an Zeiten, zu denen irgendein wesentlicher Fortschritt in der Auffassung über die Ursachen psychischer Störungen und in der Behandlung Geisteskranker gemacht wurde, wie z.B. Mitte des 18. Jahrhunderts die von Pinel in Paris gewagte Befreiung seiner Patienten aus Ketten und Zellen. Geschieht jedoch ein derartiger Vorstoss „autochthon", innerhalb der eigenen Kultur, so darf man annehmen, der Initiant habe aus seinen Beobachtungen an den Kranken schliessen dürfen, dass diese dafür reif und empfänglich seien und er auch bei seinen Mitarbeitern und Untergebenen die nötige Bereitschaft zur Mitwirkung voraussetzen könne. Anders ist dies, wenn man Neuerungen in einen anderen Kulturkreis importieren will. Hält man an seinen im eigenen, fortgeschritteneren Lande erworbenen Prinzipien und Methoden fest, so bekommt man bald zu spüren, dass dadurch nicht nur die Patienten, sondern auch die Mitarbeiter überfordert sind. Ausserdem fällt das, was man vielleicht mit Mühe trotzdem zustande bringt, rasch wieder in sich zusammen, sobald die ausländische Anregung und Unterstützung ausbleibt.

Versucht man, realistisch zu sein und sich der im Entwicklungsland herrschenden Situation vorläufig einmal anzupassen, so verlangt dies ein ausserordentliches Mass an Geduld und Bescheidenheit. Das ständige Gefühl, nicht von seinem Besten geben zu können und anstatt dessen auf einer Ebene und in einer Rolle „benützt" und „ausgenützt" zu werden, mit der man sich eigentlich nicht identifizieren möchte, wirkt enttäuschend und aufreibend. Man spürt ständig den klaffenden Abstand zwischen dem Bild, das man von sich selbst hat oder mindestens gerne haben möchte einerseits und andererseits der ganz anderen Perspektive, aus der man von den Hilfesuchenden gesehen wird. Ich dachte mir oft, dass es wohl Christus, und vielleicht manchen „Propheten" so ergangen sein mag, wenn die Menge von ihnen Speisung und

heilende Wundertaten verlangte, anstatt auf ihre erhabenen Lehren zu hören. „Inkarnation" würde in diesem Sinne die Bereitschaft bedeuten, sich dem Mitmenschen jeweils in derjenigen Weise und auf derjenigen Ebene zu nähern und zu widmen, die für ihn verständlich und bedeutungsvoll sein kann, unbekümmert darum, ob man so seine eigenen höheren Aspirationen erreichen und sich in dem erkannt und anerkannt fühlen kann, was man eigentlich idealerweise sein möchte.

Welches waren nun die Kräfte, die mir halfen, in dieser Situation auszuharren?

Von irgendeinem missionarischen Eifer war ich nicht entflammt, wenigstens nicht von einem religiös inspirierten. Innerhalb meines Berufes hatte ich natürlich hohe Ideale: das Bestreben, in jedem auch noch so verwirrten, noch so sehr geistig und körperlich heruntergekommenen Kranken den Menschen zu sehen und ihm durch die Art meiner Begegnung mit ihm wieder ein wenig etwas von der verlorenen Würde zu verleihen. In dieser Hinsicht konnte ich eindrücklichen Vorbildern folgen. Nennen möchte ich vor allem meinen ehemaligen Chef, John E. Staehelin, und seinen späteren Nachfolger, Paul Kielholz, denen ich zum grössten Teil meine Ausbildung an der psychiatrischen Universitätsklinik in Basel verdanke; dann den im gleichen Sinne wirkenden Manfred Bleuler. Diesen letzteren lernte ich allerdings erst während meiner Europa-Urlaube persönlich kennen. Das berühmte Psychiatrie-Lehrbuch seines Vaters aber, vom Sohn immer wieder getreulich auf den letzten Stand der Wissenschaft hin revidiert, war schon längst für mein Tun massgebend geworden. Es war mir eine besondere Freude und Genugtuung, wenn gelegentlich Besucher aus der Heimat mit einigem Erstaunen feststellten, man könne in unserem Spital in Srinagar trotz vielen Mängeln und Rückständigkeiten doch etwas vom Geist solider, menschlicher Schweizer Anstaltspsychiatrie spüren.

Ausserdem war ich immer bestrebt, in meiner beruflichen Tätigkeit die Einsichten zu verwirklichen, welche mir die „Daseinsanalyse" in das Wesen des Menschen vermittelt hatte. Ihre Anwendung auf die Gebiete der Psychiatrie und Psychotherapie, so wie sie ausgearbeitet worden ist von Medard Boss (Lit.

1), mit welchem ich seit Beginn meines Indienaufenthaltes in freundschaftlichem Gedankenaustausch verbunden war, eignet sich besonders gut für die Arbeit in einer fremden Kultur. Diese, auf das Denken von Martin Heidegger sich gründende Lehre fordert voraussetzungslose Offenheit für den Patienten und das bereitwillige „Da-Sein" für ihn, gleich auf welcher Stufe der Entwicklung er sich befinden möge. Die Gefahr, auf der Suche nach postulierten Zusammenhängen die eigentlichen Probleme der einem begegnenden Kranken und ihrer Umgebung zu übersehen oder falsch zu interpretieren, ist dabei bedeutend geringer als mit einer enger formulierten Theorie. Diese Einstellung erlaubte mir also, für das viele Neue im fremden Lande offen zu sein und regte meinen Forschungseifer an.

Nach all dem Erzählten wird man jedoch abschätzen können, wie wenig Zeit für solches Forschen und Nachsinnen neben allen andern Aufgaben übrig blieb. Ja, sogar die Gelegenheit, einfach für die Patienten „da zu sein", wurde allzu oft durch andere Pflichten gekürzt. Dabei war wohl das, was mich am meisten anfeuerte, die Lust und Freude an einer Pionierarbeit, verbunden natürlich mit einer guten Dosis beharrlichen Durchhaltewillens, also der Haltung, die der Schweizer mit: „Nid lugg loh gwünnt" bezeichnet.

Wenn ich jetzt darüber nachdenke, so scheint mir, dass dabei vor allem ein Bestreben oder gar ein Drang beteiligt war, in ein Chaos Ordnung zu bringen, eine Masse träger oder sich gegenseitig widerstrebender Elemente durch ordnende Kräfte so auszurichten, dass ein zusammenhängender, auf ein Ziel hin aktiv werdender „Organismus" entsteht. Die Freude daran, einen derartigen Prozess des „Organisierens" in Gang zu setzen und zu verfolgen, spielte wohl eine Rolle nicht nur in meiner „Entwicklungsarbeit" als Gesamtes, sondern auch im Umgang mit jedem einzelnen Patienten. Auch bei einer Erkrankung, ob sie sich nun körperlich oder psychisch äussern mag, liegt grundsätzlich eine „Unordnung" vor. Heilsam ist deshalb alles, was die gestörte Ordnung wieder herstellen kann. Das, was man in einem Menschen als besondere Heilkraft bezeichnet, ist wohl vor allem diese Fähigkeit eines selbst harmonisch Geordneten, durch seine ordnenden Kräfte auch in andern Menschen Gestörtes, Durcheinandergeratenes, Chaotisches wieder so

auszurichten, dass es seine Funktion und seinen Sinn erfüllen kann.

Mit Erstaunen stellte ich bei meiner Tätigkeit gelegentlich fest, dass ich eigentlich oft gar nicht in dem Masse ermüdet und erschöpft war, wie man dies gemäss der eingesetzten Anstrengung hätte erwarten können. Man wird vielleicht zweifelnd lächeln, wenn ich nun mitteile, dass mir oft schien, als ob mir von den Patienten Kräfte zukämen.

Natürlich wird man zugeben, dass einem die bei einem Kranken festzustellenden Fortschritte Freude machen, ja sogar dass, in etwas philosophischerer Sicht, es der Patient ist, der einem Gelegenheit gibt, die gewählte Rolle als helfender Arzt zu spielen oder gar den Sinn des eigenen Daseins zu erfüllen. Es scheint mir jedoch, dass darüber hinaus noch etwas geschieht.

Dies wusste wohl auch einer meiner indischen Kollegen, Prof. Vidya Sagar. Dieser leider vor einigen Jahren verstorbene, im Punjab wirkende Psychiater war für seine aufopfernde Hingabe an seine Patienten dermassen bekannt, dass man ihn oft den „Heiligen der indischen Psychiatrie" nannte. Es machte ihm nichts aus, im Bestreben, für jeden Patienten genügend Zeit zu finden, bis nachts 01.00 oder sogar 02.00 Uhr in seinem Konsultationszimmer zu sitzen. Natürlich ging er am nächsten Morgen wieder in aller Frühe an die Arbeit. Fragte man ihn, ob ihn denn das nicht ermüde, pflegte er in seiner bescheidenen Art zu sagen: „Nein, im Gegenteil, ich fühle mich dadurch erfrischt!"Ist es wohl so, dass wenigstens bei gewissen Geisteskranken, besonders unter geistig wenig entwickelten Menschen, ein Überschuss an rohen, ungezähmten Kräften ausbricht, deren sie nicht mehr Herr werden können? Fliesst dann demjenigen, der es versteht, diese Kräfte wieder in geordnete Bahnen zu lenken, dabei etwas zu, das seine eigenen Reserven an „Rohstoff" vermehren kann? Eine geheimnisvolle Kräfte-Übertragung zwischen demjenigen, der heilt, und demjenigen, welcher der Heilung bedarf, ist ja etwas, das die meisten traditionellen Heilmethoden als selbstverständlich annehmen. Dass dabei jedoch nicht nur in einer Richtung Kräfte vom ersteren an den letzteren übergehen, sondern vielleicht auch etwas in der Gegenrichtung fliesst, ging mir einmal auf, als ich mich über das eigenartige

Verhalten eines meiner Patienten wunderte (dazu siehe auch Lit. 11).

Dieser kleine, zierlich gebaute und sehr bewegliche ältere Mann, Hüter eines Hindu-Tempels, welcher an manisch-depressiven Schwankungen litt, stellte während der Konsultation in einem plötzlichen Impuls seine blossen Füsse auf meine eigenen, nur mit offenen Riemen-Sandalen bekleideten Füsse und forderte mich auf, meine Hände auf seinen Kopf zu legen. In dieser eigenartigen Stellung verharrte er einige Zeit, um sich dann offensichtlich zufrieden zu verabschieden. Was hatte er wohl bezweckt? In mir stieg plötzlich das Bild einer modernen technischen Einrichtung für „Nierendialyse" auf, die maschinelle Reinigung des durch nicht mehr ausgeschiedene Abfallstoffe vergifteten Blutes eines schwer Nierenkranken. Der Patient hatte offenbar von mir, durch die Herstellung dieses „gemeinsamen Kreislaufes", nicht nur eine Übertragung meiner eigenen gesunden Energien erhofft; gleichzeitig bezweckte er wohl auch eine Reinigung seiner in Unordnung geratenen Kräfte oder Säfte, die er so durch mich hindurch leiten wollte. Etwas Ähnliches soll auch vor sich gehen, wenn ein indischer „guru" seinem Schüler segnend die Hände auf den Kopf legt, während der letztere demütig kniend die Füsse seines Meisters berührt.

Es gab also offenbar auch für mich Möglichkeiten, die eigenen Kräfte aus gewissen Quellen zu erneuern, auch wenn manchmal infolge administrativer Schlamperei die materielle Entschädigung in Form des bescheidenen Salärs monatelang ausblieb und offizielle Anerkennung auch nur spärlich floss. Was Dankbarkeit anbetrifft, so konnte man sie gelegentlich von Seiten der Patienten in Form eines Blickes oder eines Händedruckes spüren; in Worten geäussert wurde sie jedoch nur selten.

Etwas, worüber viele Inder sich sehr wundern, ist das Bedürfnis, oder mindestens die Sitte des westlichen Menschen, sich so oft und so ausdrücklich zu bedanken. „Für uns ist das nicht nötig", sagte mir einmal zu Beginn meines Aufenthaltes in Indien eine Mitarbeiterin. „Wir spüren auch ohne Worte, wie es dem anderen Menschen zumute ist." Nun, diese enge empathische Verbindung lernte auch ich mit der Zeit als etwas Schönes kennen und schätzen, wenigstens im Umgang mit gewissen feinfühligen und vertrauenswürdigen

Menschen. Später jedoch merkte ich, dass diese den Europäer oft so irritierende anscheinende „Undankbarkeit" der Inder noch andere Gründe haben kann.

Schon lange bevor ich nach Kashmir kam, hatte ich während eines Aufenthaltes an einem abgelegenen Ort im Himalaya für die dortigen analphabetischen Bergbauern einen bescheidenen medizinischen Notfalldienst betrieben. Auch dort erhielt ich für diese Gratisleistung kaum je etwas, das man als Dank hätte verstehen können. Gelegentlich wies vielleicht ein älterer Mann mit der Hand gegen den Himmel und murmelte eine der vielen Bezeichnungen, welche die Hindus für die höchste Allmacht haben. Also eine Geste, die ungefähr dem entspricht, was das deutschsprachige „Vergelt's Gott!" ursprünglich meinte, nämlich: „Ich bin nicht in der Lage, Dir das zu vergüten oder zu verdanken, was Du für mich getan hast; möge deshalb der Allmächtige es Dir vergelten!"

Noch weit darüber hinaus ging jedoch eine Erklärung, welche ich hie und da von diesen Hilfesuchenden zu hören bekam: „Du solltest eigentlich <u>uns</u> dankbar sein", so hiess es, „dass wir Dir diese ausgezeichnete Gelegenheit geben, Dir beim Allmächtigen Verdienst zu erwerben!"

Ähnliche Argumente hörte ich später gelegentlich auch in Kashmir. Unter Mohammedanern ist es jedoch meist sehr viel wahrscheinlicher, dass das Fehlen ausdrücklicher Dankesbezeugungen andere, weniger edle Gründe hat. Ich habe bereits geschildert, dass man in seinen gesellschaftlichen Beziehungen riskiert, in ein ganzes Netzwerk gegenseitiger Verpflichtungen, Verschuldungen und Erwartungen hinein zu geraten. Jeder ist darauf aus, seine Bilanz anderen gegenüber so geheim und undurchschaubar wie möglich zu halten, für sich selbst aber sucht man, so gut es sich machen lässt, die Sicherheit, mindestens von gewissen Seiten „Aktivposten" zugute zu haben.

In diesem System hat Dank keinen Platz. Der durch eine bestimmte Transaktion Profitierende würde sich dadurch nur eine Blösse geben und den Partner wissen lassen, dass er selbst nun in des letzteren Schuld steht. Derjenige jedoch, welcher dem andern einen Dienst geleistet hat, würde durch eine alles wieder ausgleichende dankbare Anerkennung um die Möglichkeit

gebracht, später einmal vom Partner die Rückerstattung der eingegangenen Schuld zu seiner Zeit und auf seine Weise zu fordern.

Sogar wenn man jemandem ein Geschenk bringt, ist es Brauch, dieses einfach so nebenbei, möglichst unbemerkt, irgendwo hinzulegen. Weder darf der Schenkende sich erkundigen, ob er mit seiner Wahl das Richtige getroffen hat, noch wird erwartet, dass der Beschenkte etwas von seiner Freude und seinem Gefallen verrät oder sogar seinen Dank ausspricht. Die Gabe wird natürlich beidseitig in der „geheimen Buchhaltung" auf der einen oder anderen Seite eingetragen; ein gefühlsmässiges Ansprechen darauf sollte jedoch möglichst vermieden werden.

Als westlicher Mensch empfindet man dieses Verhalten als kalte Berechnung, welche jedes spontane Geben und jedes von Herzen dankbare Empfangen eigentlich verunmöglicht. Für die Einheimischen jedoch scheinen diese gegenseitigen Verpflichtungen der Kitt zu sein, welcher die Gemeinschaft zusammenhält.

Unter solchen Umständen muss einem eben das gelegentliche Aufleuchten im Gesicht eines wiederhergestellten Patienten oder seiner Angehörigen genügen. Das Schönste jedoch, was ich an ausdrücklicher Anerkennung für meinen Einsatz zu hören bekam, war die Bemerkung: „Für Sie betet man in allen Moscheen!"

Im Laufe der 10½ Jahre meiner Dienstzeit in Kashmir hatten wir über 20'000 Patienten neu registriert. Dabei handelte es sich tatsächlich um „Patienten", und nicht etwa um „Fälle" oder „Konsultationen", wie dies meist bei den anscheinend so eindrücklichen Statistiken indischer Ambulatorien der Fall ist. Wir versuchten also, jeden Patienten nur einmal zu registrieren. Auch wenn jemand erst nach Jahren wieder kam, wurde die alte Krankengeschichte hervorgesucht und weitergeführt. Meist kostete das natürlich viel Mühe, da die Betreffenden oft ihre Poliklinikkarte verloren hatten, den Zeitpunkt früherer Konsultationen nur sehr ungenau oder gar nicht angeben konnten oder sogar zu verheimlichen suchten, dass sie uns schon früher aufgesucht hatten. Zieht man in Betracht, dass nur wenige unserer Patienten nicht aus dem Kashmirtal stammten, wie z.B. die bereits erwähnten gestrandeten Touristen, Studenten

von auswärts und gelegentlich Angehörige der Grenzwachttruppen oder anderermilitärischer Einheiten, bedeutet diese Zahl, dass wir in 10½ Jahren ungefähr einen auf je 125 Einwohner unseres Einzugsgebietes psychiatrisch untersucht und behandelt haben. Für die Peripherie, die z.T. um die 100 Kilometer, für Ladakh sogar mehrere hundert Kilometer entfernt liegt, mag diese Verhältniszahl ungefähr 1:200 oder noch weniger betragen haben. Andererseits darf man annehmen, dass in unserer näheren Umgebung, also in Srinagar selbst, jeder hundertste oder sogar achtzigste Einwohner einmal unser Patient war.

Diese Zahlen dürfen natürlich noch lange nicht als ein zuverlässiges Mass für die „Prävalenz" - das momentane Vorherrschen - psychischer Erkrankungen angesehen werden. Immerhin dürfte man nach gewissen Berechnungen annehmen, dass zu jedem bestimmten Zeitpunkt jeweils mindestens einer von je 40 oder 50 der vermutlich in der Bevölkerung vorhandenen psychisch Gestörten bei uns in Behandlung stand, während für Indien insgesamt damals geschätzt wurde, dass nur einer unter 100 potentiellen psychiatrischen Patienten Gelegenheit hatte, die nötige fachmännische Behandlung zu finden. Es war uns also in diesen Jahren des Aufbaus gelungen, gerade in dieser in vielen Beziehungen rückständigen Berggegend eine relativ gute psychiatrische Versorgung zu erreichen. Beigetragen dazu hatte, wie bereits erwähnt, vor allem die Propaganda zufriedener Patienten und ihrer Angehörigen. Dies ist wohl etwas, das mehr zählt als irgendeine formelle offizielle Anerkennung!

Auch heute noch, nachdem ich bereits seit Jahren „im Ruhestand" lebe, bezeugen mir immer noch frühere Patienten, man erinnere sich dankbar dessen, was ich damals für das psychiatrische Spital und damit für die ganze Bevölkerung zu tun versuchte. Allerdings schwingt dabei immer das Bedauern darüber mit, dass schon nach kurzer Zeit vieles von dem, was ich aufgebaut hatte, wieder zerfallen ist. Besonders im Hinblick auf den seit Jahren andauernden Bürgerkrieg in Kashmir ist anzunehmen, dass im Spital und in den Polikliniken wieder die alte Unordnung, Trägheit, Gleichgültigkeit und ausbeuterische Selbstsucht herrscht.

Schon früh hatte ich in meinen verschiedenen Tätigkeiten in Indien nur

allzu deutlich merken müssen, dass selten etwas, das man mit grösster Mühe schafft, auch über die Zeit des eigenen Wirkens hinaus Bestand hat. Der Urwald lauert am Rande der geduldig gerodeten Lichtung. Mit unglaublicher Geschwindigkeit und Zähigkeit stösst er wieder vor, sobald Wachsamkeit und Anstrengung nachlassen. In Kashmir konnte ich dies nicht nur in meiner beruflichen Arbeit, sondern ganz buchstäblich auch bei der Pflege meines kleinen Gartens erfahren: eine kurze Ferienabwesenheit genügte, um die Wildnis oder, in einem trockenen Sommer, die Wüste wieder überhand nehmen zu lassen. Trotzdem galt es immer wieder, nicht zu verzweifeln und seine Anstrengungen nicht aufzugeben.

Das Symbol für die Kraft, die immer wieder aus den Produkten des Zerfalls, der Verwesung und des Versumpfens neues Leben schafft, ist für die Hindus die Lotospflanze (Abb. 9): Aus dem sumpfigen Morast am Grunde des Sees vermag sie, mit ihren Rhizomen nährende Kräfte aufzusaugen und sie zur strahlenden Schönheit der zarten Blüten zu verwandeln. Entstanden aus dem Dunklen, Schweren dichter und ungeformter Materie, ringt sie sich durch die Trübheit des Wassers hinauf, um in aller Reinheit dem Licht des Himmels entgegen zu streben.

„Das Irrenhaus am Lotos-See"! - vielleicht ist es kein blosser Zufall, nicht einfach eine Standortsbezeichnung, auch nicht nur Effekthascherei, dass ich diese beiden einander anscheinend so fernstehenden Dinge im Titel dieses Buches zusammengebracht habe. Es bestehen geheimnisvolle Beziehungen zwischen den Kräften, welche der Lotos symbolisiert und dem, was man bestenfalls unter Geisteskranken, in die Irre Gegangenen, Unreifen helfend ausrichten und auch für sich selbst gewinnen kann.

Baba Darya Din, Kashmir

Mai - August 1984. Erna M. Hoch

Neu überarbeitet:

Carnago/TI, Sommer 1999/2000.

Literaturverzeichnis

1. BOSS Medard: „Psychoanalysis and Daseins-analysis." Basic Books Inc., New York/London, 1963, S. 219 ff.

2. CHAKRABORTY Ajita: „Cargo cult in Calcutta." Indian Journal of Psychiatry, Vol. 13,3; 1971, S. 222 - 228.

3. GOPI KRISHNA: „Kundalīni." Otto Wilhelm Barth Verlag, München 1968. (Spätere Ausgaben: Scherz Verlag, Bern/München.)

4. GOPI KRISHNA: „Kundalīni, the Secret of Yoga". Kundalīni Research and Publication Trust, New Delhi 1978.

5. GOPI KRISHNA: „Science and Kundalīni" in „Proceedings of Seminar on Yoga,Science and Man", organisiert durch das Gesundheitsministerium der indischen Regierung, März 1975. Central Council for Research in Indian Medicine and Homeopathy, New Delhi 1976.

6. HOCH Erna: „Psychiatric Patients in Kashmir during the Indo-Pakistan Armed Conflict in December 1971." 1972. Nicht veröffentlicht.

7. HOCH Erna: „Psychotherapy as aid for development" in „Psychotherapy and Psychosomatics." Vol. 20, S. 226 - 240. Karger, Basel 1973.

8. HOCH Erna: „Pīr, faqir and psychotherapist." In „the human context", Vol. 6/3, S. 668 - 677. London 1974.

9. HOCH Erna: „Devāna" in „the human context", Vol. 7/3, S. 593 - 600. London 1975.

10. HOCH Erna: „Psychotherapy for the Illiterate." In „New Dimensions in Psychiatry". Vol. 2. Herausgegeben von Silvano ARIETI und Gerard CHRZANOWSKI, John Wiley & Sons, New York, 1977.

11. HOCH Erna: „Process in instant cure." In „Psychotherapeutic Processes", Proceedings of a Seminar held at National Institute of Mental Health and Neuro-Sciences, Bangalore, Oct. 1978. Veröffentlicht:NIMHANS, Bangalore, 1979. S. 45 - 69.

12. HOCH Erna: „Warming a mental ward." in „World Health", WHO, Geneva, July 1980. S. 28 - 29.

13. HOCH Erna: „Musiktherapie im Gefängnis." In „Schweizerische Ärztezeitung",Vol. 61/52, 24.12.1980, S. 3475 - 3477. Bern.

14. HOCH Erna: „Verrückt oder verzückt?“ In „Daseinsanalyse“, Vol. 5, S. 332 - 354. Karger, Basel, 1988.

15. LORENZ Konrad: „Das sogenannte Böse. Zur Naturgeschichte der Aggression.“G. Borotha-Schoeler Verlag, Wien 1963.

16. SCHARFETTER Christian: „Zur Psychiatrie und Psychologie symbiontischer Psychosen“. In „Psychologische Rundschau“, Vol. 21/4, S. 257 - 269, Göttingen 1970.

17. SCHARFETTER Christian: „Allgemeine Psychopathologie.“ Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1976.

18. SCHARFETTER Christian et al.: „Der spirituelle Weg und seine Gefahren.“ Ferdinand Enke, Stuttgart 1991 (Copythek).

19. WATZLAWICK Paul, BEAVIN J.H., JACKSON D.D: „Menschliche Kommunikation.“Hans Huber, Bern/Stuttgart, 1969.

Glossar medizinischer und psychiatrischer Ausdrücke

Affektive Psychose

Gruppe von Formen von Geisteskrankheit, bei welchen die Veränderungen der Affekte (Gefühle, Stimmungen) im Vordergrund stehen, besonders in Form von extremen Abweichungen in Depression (traurige, gedrückte, eingeengte Stimmung) und Manie (heitere, übermütige, weit offene Stimmung). (Siehe auch «manischdepressiv», «maniform».)

Anorexia mentalis oder nervosa

Magersucht — eigentlich «Appetitmangel» — da meist bei Mädchen in der Pubertät auftretend, auch «Pubertätsmagersucht» genannt.

AntiPsychiatrie

In den Sechzigerjahren vor allem in Italien (Basaglia) aktive Bewegung gegen jegliche Einengung und Bevormundung von Geistesgestörten. Psychiatrische Kliniken und Spitäler sollten geschlossen und die Patienten —sofern als nötig erachtet in Allgemeinspitälern oder offenen Rehabilitationsheimen untergebracht werden.

Assoziation, freie

Wichtigstes Element der psychoanalytischen (s.d.) Forschungsmethode und Therapie: Dem freien Wandern der Gedanken sollen keine Schranken und keine Richtung gesetzt werden. Es wird erwartet, dass dabei Inhalte aus dem «Unbewussten» sich ins Bewusstsein drängen und den Weg zu sogenannten «Komplexen» (s.d.) weisen können.

autistisch

Psychische Abweichung, als Krankheitsbild zuerst in den Vierzigerjahren bei Kindern beschrieben (L. Kanner), aber schon um 1920 herum von Eugen Bleuler als einseitigselbstbezogene, wirklichkeitsfremde Haltung beschrieben.

Besessenheit

Vorwissenschaftliche Erklärung gewisser Geistesstörungen durch die Einwirkung von «Geistern», welche sich im Patienten einnisten, durch ihn sprechen und handeln oder auch ihn von aussen her dirigieren und kontrollieren.

Cannabis indica

Sorte von Hanf, aus welcher die in Indien «Haschisch, Bhang oder Charas» genannte, auf die Psyche wirksame Substanz Tetracannabinol gewonnen werden kann.

Cargocult

Eine in früheren Jahrhunderten, z.T. aber auch heute noch, beobachtete Massenbewegung im Sinne einer festen Überzeugung, dass ein unmittelbar bevorstehendes Ereignis, z.B. das Landen eines fremden Schiffes mit einer reichen, an alle zu verteilenden Ladung (deshalb «cargo») — die Welt grundlegend verändern und allen Glück und Reichtum bringen werde. Infolgedessen, in Erwartung des Kommenden, Vernachlässigung der Arbeit, Verschleudern von Besitz.

Daseinsanalyse

Theorie und Praxis einer Variante von Psychotherapie (s.d.), welche auf den philosophischen Lehren von Martin Heidegger (18891976) aufgebaut ist. Viele theoretische Einengungen der Freudschen Psychoanalyse (s.d.)erweisen sich darin als unnötig; die entsprechende Praxis richtet sich jedoch weitgehend nach Freud. Wichtigste Begründer: die Schweizer Psychiater und Psychotherapeuten Ludwig Binswanger und Medard Boss.

DepotPsychopharmaka

(s. Psychopharmaka) Auf die psychischen Funktionen sich auswirkende

Medikamente — vor allem zur Beruhigung und Unterdrückung des unerwünschten Verhaltens Geistesgestörter — welche in einer über 24 Wochen hinweg wirksamen Dosis intramuskulär (s.d.) als «Depot» eingespritzt werden können.

Dialyse 288
Medizinische Methode zur Reinigung von mit Abbaustoffen überladenem Blut (vor allem bei Nierenversagen), bei welcher das Blut ausserhalb des Körpers durch eine chemische Reinigungsvorrichtung und wieder in den Körper zurück geleitet wird.

doublebind
(Nicht zu verwechseln mit der Forschungsmethode des «doubleblind»!) Eine zwischenmenschliche Beziehung, in welcher der eine— mächtigere —Partner den anderen durch Fragen, Befehle und andere Verhaltensweisenin eine Zwangslage bringt («Zwickmühle»), in welcher der letztere, gleich wie er darauf reagieren mag, immer der Verlierer ist.

Elektroschock
Anfangs der Vierzigerjahre, als es noch keine Psychopharmaka (s.d.) gab, eingeführte psychiatrische Behandlungsmethode, bei der man durch Verabreichung von Stromstössen zwischen zwei am Kopf angebrachten Elektroden eine Normalisierung gestörter psychischer Funktionen zu erreichen suchte. Ursprünglich als Therapie für Schizophrenie vorgeschlagen, bewährte sich schliesslich die heutzutage sehr umstrittene, aber doch noch gelegentlich verwendete — Methode vor allem für schwer depressive Patienten.

empathisch
Noch ursprünglich mit Nahestehenden in Gefühl und Stimmung eins sein. Heutzutage im Westen — ausser für die Beziehung zwischen Mutter und Neugeborenem — meist als ein erst sekundäres «SichEinfühlen» in den anderen verstanden.

endogen
Von innen her stammend. Gebraucht für psychische Leiden, besonders Depressionen, für die man als Ursache weniger äussere Umstände, sondern eher eine innere Veranlagung annimmt.

Enzyme
Organische Verbindungen, welche Stoffwechselvorgänge vermitteln und regeln.

Epilepsie, epileptisch
Angeborenes oder durch Unfall oder Krankheit erworbenes Nerven leiden. Am besten bekannt in Form von plötzlich auftretenden, typisch verlaufenden Krampfanfällen mit Bewusstseinsverlust. Kann sich aber auch unauffälliger, in Form kurzdauernder Bewusstseinsausfälle (Absenzen) oder von Verhaltensstörungen äussern. Geht mit Störungen in den bioelektrischen Vorgängen im Gehirn einher.

extrapyramidal
Gehirnfunktionen, vor allem im Bereich der Bewegungen (Motorik), welche durch Bahnen vermittelt werden, die nicht unter Kontrolle des Bewusstseins stehen, also «unwillkürlich» verlaufen.

Fixierung
Beharren auf Denk oder Verhaltensmustern, die einer früheren Altersstufe angehören.

funktionelle Störung
Störung körperlicher oder auch psychischer Vorgänge, für die mit den heutigen medizinischen Untersuchungsmethoden keine «organische», also materiell erfassbare Ursache gefunden werden kann.

Halluzination

Sinnestäuschung. Sinneseindruck, dem kein äusserer Reiz entspricht.

Hirnarteriosklerose

Störung der Gehirnfunktionen infolge von Verengung der Gehirngefässe durch Ablagerung von Abbaustoffen. Kann mit Störungen des Gedächtnisses, der Urteilsfähigkeit und der Gefühle einhergehen.

Hysterie, hysterisch

Bezeichnung für oft demonstrativ anmutende Störungen im Nerven system, welche einem inneren Konflikt Ausdruck geben, ihn aber gleichzeitig auch verhüllen sollen. Die Krankheitserscheinungen und auch der entsprechende Begriff haben seit Ende des 19. Jh., als französische Neurolgen und S. Freud darauf aufmerksam machten, einen gewissen Modewandel durchgemacht. Krasse «hysterische Symptome» werden im industrialisierten Westen heutzutage kaum mehr gesehen, während sie in Entwicklungsländern noch häufig vorkommen. «Hysterisch» in der Alltagssprache bezeichnet ein theatralisches, unecht wirkendes «Getue».

Identitätsparanoid

Eine moderne Form des Verfolgungswahns, (s. Paranoid), bei der der Betroffene sich in seiner «Identität» beeinträchtigt oder verfolgt fühlt und deshalb diese zu verbergen sucht.

Induziertes Irresein, induzieren

Psychische Störung, welcher, sozusagen durch psychische Ansteckung (Induzieren), jemand verfallen kann, der in sehr enger Gemeinschaft und Abhängigkeit mit einem geisteskranken Menschen lebt und dann allmählich seine Wahnideen teilt (s. auch «symbiontische Psychose»).

Intoxikation

Vergiftung durch äussere Gifte oder schädliche Stoffwechselprodukte.

intrakardial
Injektion eines kreislaufwirksamen Medikamentes direkt in den Herzmuskel, als lebensrettende Massnahme bei Herzstillstand.

intramuskulär
Einspritzung in die Muskulatur.

Involutionsalter
Lebensphase des Alterns, in welcher Kräfte und Funktionen, die sich bis her «entfaltet» haben, sich wieder «einfalten», d.h. abnehmen.

Katalepsie
Starres Beibehalten einer unnatürlichen Körperhaltung über längere Zeit, vor allem bei Katatonie (s.d.) vorkommend.

Katatonie
Form der Schizophrenie (s.d.), bei welcher vor allem Willensfunktionen und Bewegungsabläufe gestört sind.

Kommunikationstheorie
Psychologische Theorie, welche nicht nur für den gewöhnlichen Umgang zwischen Menschen, sondern auch im Hinblick auf die Entwicklung psychischer Störungen die Form der (sprachlichen und nichtsprachlichen) Kommunikation (Mitteilung) und deren Varianten und Abweichungen betont. (Begründer um die Mitte des Jahrhunderts: G. Bateson)

Komplex
Eine «fixe Idee», deren Kern meist unbewusst bleibt und die Tendenz hat, um sich herum nach und nach Gedankenverbindungen (Assoziationen, s.d.) anzulegen und, so wachsend, schliesslich das Verhalten zu stören.

konvertiert
Hier nicht im Sinne einer religiösen Bekehrung verwendet, sondern als Umsetzung eines psychischen Konflikts in eine körperliche Ausdrucks weise (s. auch «Somatisierung»).

libidinös
Alles, was mit Trieben zusammenhängt. «Libido» bei S. Freud als hauptsächlich vom Sexualtrieb dominierter «Lebenstrieb» angesehen.

LSD
Lysergsäurediaethylamid: Chemische Verbindung, abgeleitet von natürlichen Stoffen im Mutterkorn (1943, Albert Hofmann). Bewirkt schon in kleinsten Dosen psychische Erscheinungen, welche denjenigen in einer schizophrenen Psychose (s.d.) ähnlich sind, z.B. Sinnestäuschungen, verändertes Erleben von Raum, Zeit, Form und Farbe.

maniform
Ähnlich dem Verhalten bei einer Manie (s. «affektive Psychose», «manisch-depressiv»).

manisch-depressiv
Affektive Psychose (s.d.) bei welcher sowohl Phasen von Manie als auch Depression abwechselnd vorkommen.

Marknagelung
Operative Methode zur Behandlung eines Knochenbruches, wobei man mit einem Nagel oder einer Schraube die Bruchstücke zusammenfügt. |

Maskierte Depression
Depressive Störung, welche weder der Betroffene selbst noch seine Umgebung klar als solche erkennen können, da sie sich vor allem in körperlichen Symptomen («Somatisierung», s.d.) oder Störungen des Allgemeinbefindens

äussert.

Masochist

Masochismus = nach SacherMasoch benannte psychische Abweichung, bei welcher der Betreffende in Leiden und Schmerz eine besondere Wollust oder psychische Befriedigung empfindet. Zuerst nur für sexuelle Abweichungen in dieser Richtung gebraucht, später erweitert auf das gesamte Erleben und Verhalten.

Meniskusoperation

Operative Entfernung eines verletzten oder abgenützten Zwischenknorpels aus dem Kniegelenk.

Millenniumsmythos

(siehe auch «cargo cult».) Solche Erwartungen eines ausserordentlichen glückbringenden Ereignisses stellen sich vor allem am Übergang zu neuen Zeitabschnitten ein, z.B. zu einem neuen Jahrtausend (Millennium), wie auch heutzutage wieder auf das Jahr 2000 hin.

Neuroleptikum

Auf psychische Funktionen einwirkendes Medikament (s. «Psychopharmaka»), das Unruhe, Erregung, Halluzinationen, Wahnideen etc. bei Psychosen (s.d.) dämpft.

Neurose, neurotisch

Im Laufe des Lebens durch unbewusste Konflikte entstehende psychische Störung, bei welcher der Betroffene (im Gegensatz zu Psychosen) trotz z.I. schwerer Beeinträchtigung seines subjektiven Befindens und seines Verhaltens, bemüht ist, sich an die Ordnung der Gesellschaft zu halten.

Nikotinsäureamid

Derivat der Nikotinsäure, welches zu den Vitaminen des Bkomplexes gehört.

Ist besonders wirksam gegen die Mangelerscheinungen, die bei einseitiger MaisErnährung in Form der sogenannten Pellagra (s.d.) auf treten.

Ödipus, ödipal

Der Mythos des griechischen Königs Ödipus, welcher — ohne es zu wissen — seinen Vater umbringt und seine Mutter heiratet, wurde von S. Freud dazu verwendet, in der Entwicklung der Sexualität die Wichtigkeit der frühen Beziehung des Kindes zu den Eltern (sexuell getönte Liebe zum gegengeschlechtlichen Elternteil) und deren Überwindung in der Pubertät zu illustrieren.

Osteomyelitisch

Osteomyelitis = Infektion des Knochenmarkes. Früher häufige Ursache späterer Verstümmelungen der Glieder.

Paranoid

Verfolgungswahn. Meist Unterform einer Schizophrenie (s.d.). Durch vernunftmässige Argumente nicht zu beeinflussende, von der gemeinsamen Wirklichkeit abweichende Ideen, die auch das Verhalten des Betreffenden bestimmen.

pathogen

Beim Zustandekommen einer Gesundheitsstörung beteiligte Faktoren.

pathoplastisch

Faktoren, welche die formelle Ausgestaltung einer psychischen Störung beeinflussen, also z.B. die Art der Wahnideen.

Pellagra

Heisst eigentlich «Hautleiden». Vitaminmangelkrankheit bei ungenügender Einnahme des Vitamin B Komplexes, vor allem des Nikotinsäureamids. Tritt besonders bei einseitiger Ernährung mit Mais auf und führt nicht nur zu

Hautveränderungen, sondern auch zu Verdauungsstörungen und Symptomen von Geistesgestörtheit.

Prävalenz
Statistisch feststellbares Vorkommen z.B. einer Krankheit zu einem bestimmten Zeitpunkt innerhalb einer Bevölkerung. (Im Gegensatz zu «Inzidenz», welche das Auftreten neuer Fälle während einer bestimmten Zeitspanne angibt.)

PseudoDemenz
Eine Verblödung, die nicht auf organischen Ursachen (Gehirndefekt) beruht, sondern allerdings für den Betreffenden «unbewusst» — im Hinblick auf eine bestimmte Situation vorgetäuscht wird.

psychoanalytisch
Psychoanalyse = der Name, den S. Freud der von ihm entwickelten Theorie psychischer Funktionen und der entsprechenden Methode zur Behandlung psychischer Störungen gab. Hauptkennzeichen: Berücksichtigung «unbewusster» Vorgänge, welche das Denken und Handeln unter Umgehung der Kontrolle durch das «Ich» beeinflussen, beim Zustandekommen menschlichen Verhaltens. Wichtige Vorrangstellung der sexuellen «Libido» (s.d.).

Psychodynamik
Theorie, die ebenfalls die Bestimmung menschlichen Denkens und Handelns durch unbewusste Elemente annimmt. Gegenüber S. Freud (s. «Psychoanalyse») jedoch in verschiedenen Richtungen erweitert und verallgemeinert.

Psychomotorik
Die Gesamtheit der vom Zentralnervensystem gesteuerten Funktionen des Bewegungsapparates inkl. das zugehörige Körperbewusstsein und die

begleitenden Gefühle, Stimmungen.

psychoorganisch
Psychische Störungen, denen eine demonstrierbare Veränderung im Gehirn zugrunde liegt. Betreffen vor allem Gedächtnis, Urteilsvermögen und Kontrolle über Gefühle und Stimmungen (psychoorganisches Syndrom).

psychopathisch
Psychisch, vor allem charakterlich, abnorm veranlagt.

Psychopharmaka
Medikamente, welche im Gehirn auf Stoffwechselvorgänge (vor allem bei der Übermittlung von Reizen) einwirken und so psychische Funktionen beeinflussen können. Seit Anfang der Fünfzigerjahre verwendet zur Dämpfung der störenden Symptome Geistesgestörter, später auch zur Hebung der Stimmung bei Depressionen und zur Beruhigung bei leichteren nervösen Störungen.

Psychose, Psychotiker
Bezeichnet diejenigen psychischen Erkrankungen, welche in der Alltagssprache als «geistesgestört», «verrückt», gelten. Sie sind für andere Menschen nicht einfühlbar. Sie erschweren dem Betroffenen die Erfahrung der Wirklichkeit und wirken sich auf die Umgebung oft störend und sogar bedrohlich aus. Psychotiker: ein von einer Psychose betroffener Mensch.

psychosomatisch
Ein sich körperlich darbietendes Krankheitsbild, dessen Ursache aber in einer Störung des psychischen Gleichgewichtes zu suchen ist. In allgemeinerem Sinne wird der Ausdruck auch gebraucht, um alle Wechselwirkungen zwischen Körper und Seele zu bezeichnen.

Psychotherapie
Behandlungsmethode für psychische Störungen, welche die Beziehung

zwischen Patient und Therapeut, meist mit Hilfe von Gesprächen, einsetzt, um beim Patienten eine Entlastung der Gefühle, Einsicht, Verhaltensänderungen oder gar eine tiefgreifende innere Wandlung zu erreichen.

Regression
Rückkehr auf eine frühere Entwicklungsstufe, die altersmässig bereits überwunden sein sollte. Kann eine zeitweilige Ruhepause sein, die Kräfte sparen und sammeln hilft; kann aber auch zu «Fixierung» (s.d.) führen.

RorschachTest
Rorschach'scher Formdeutversuch: (Hermann Rorschach, Schweiz). Eine der ersten, auch heute noch vielfach verwendeten, psychologischen Untersuchungsmethoden, die erlaubt, aufgrund der Deutungen symmetrischer Kleckse eine Vielfalt psychischer Funktionen — zwar nicht exakt zu messen — aber in ihrer Gesamtheit einzuschätzen und darzustellen. Der Test eignet sich auch für Angehörige nichtwestlicher Kulturen.

schizoaffektiv
Psychose — oder blosse Veranlagung dazu bei welcher Elemente der Schizophrenie (s.d.) und affektiver (s.d.) Störungen gemischt zu finden sind.

schizoid
Eine psychische Veranlagung, bei welcher ein erhöhtes Risiko der Erkrankung an Schizophrenie (s.d.) besteht, also z.B. auch bei nahen Verwandten von Schizophrenen. Tendenz, sich von sozialen Beziehungen fernzuhalten, Eingesponnensein in eigene Phantasien, oft eine gewisse Starrheit oder gar Sturheit im Denken und Verhalten.

Schizophrenie
(«SpaltungsIrresein»). Gruppe von Formen der Geistesgestörtheit, in welchen Abwegigkeiten im Denkprozess, den Willensfunktionen, und vor allem im Erleben der eigenen Person und damit auch der menschlichen Beziehungen im

Vordergrund stehen.

schizophrener Schub
Gewisse Formen der Schizophrenie (s.d.) verlaufen in «Schüben», d.h. begrenzte Krankheitsphasen wechseln mit «freien Intervallen», in denen je doch oft noch nachweisbare Abweichungen von der allgemeinen Norm und der früheren Persönlichkeit des Betroffenen übrig bleiben.

somatisch
Körperlich.

Somatisierung
Das Geschehen, bei dem sich eine psychische Gleichgewichtsstörung oder Spannung (Stress) in Form eines körperlichen Leidens auszudrücken sucht.

Stigma
Eigentlich einfach «Zeichen». Verwendet, um die soziale Diskriminierung zu bezeichnen, unter welcher ein Geistesgestörter zu leiden hat, vor allem wenn bekannt ist, dass er sich in einer psychiatrischen Klinik behandeln lassen oder auch nur einen Psychiater konsultieren musste.

Stupor
Bewegungsarmut oder körperliches Erstarren, wobei aber Bewusstsein und Wahrnehmungsfähigkeit meist erhalten bleiben. Kommt vor allem bei den katatonen (s.d.) Formen der Schizophrenie (s.d.) vor, aber auch bei Tieren als «Totstellreflex» in Situationen der Gefahr, oder als Folge von Vergiftungen. (In der Alltagssprache auch benützt zur Bezeichnung eines momentanen Aussetzens der geistigen Funktionen, z.B. als «Examensstupor».)

Sublimation
Die Erhebung und Verfeinerung der «niederen» Triebe durch ihre Einbeziehung in die höheren menschlichen Möglichkeiten und Strebungen.

symbiontische Psychose

(s. «induziertes Irresein»). Eine von zwei oder gelegentlich mehreren untereinander eng verbundenen und gegenseitig abhängigen Menschen geteilte Geistesstörung, die von einem echt und eigenständig Geistesgestörten sozusagen durch «Ansteckung» oder «Induktion» auf den oder die anderen übertragen worden ist.

symbiotisch

Eigentlich «zusammen gemeinsam lebend». Wird gebraucht von primitiven Lebewesen, die nur gemeinsam lebensfähig sind, indem eines vom anderen Nutzen zieht. Verwendet für menschliche Gemeinschaften, in denen eine ähnliche Verbundenheit und Abhängigkeit in Form eines primären, unreflektierten «WirGefühls» vorherrtscht.

Tetanus = Starrkrampf

Infektionskrankheit (Tetanusbazillen). Ergibt sich vor allem durch Verschmutzung offener Wunden. Früher — und in Entwicklungsländern noch jetzt — bei unhygienisch vollzogenen Entbindungen häufige Ursache für Tod von Neugeborenen.

transkulturelle Psychiatrie

= Psychiatrie im Kulturvergleich. Vergleich der Ausprägungen, in denen Geistesstörungen sich in verschiedenen Kulturen präsentieren, der Auffassungen über deren Ursache und Natur und der angewandten Behandlungsmethoden. Vermehrt zu Bedeutung gelangt in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts, aber Ansätze dazu bereits Ende des 19. Jahrhunderts.

traumatisierend

Trauma = Verletzung. In psychischer Hinsicht bezeichnet man als «traumatisierend» Erlebnisse oder Situationen, durch die ein Mensch tief erschüttert wird und sich verletzt, in seinen Entwicklungsmöglichkeiten bedroht

fühlt.

Tranquilizer
(s. Psychopharmaka). Ursprünglich nannte man die ersten psychoaktiven Medikamente so, also «Beruhiger». Heute wird diese Bezeichnung meist nur noch für Psychopharmaka gebraucht, welche Angst, Spannung, Unruhe dämpfen. Von ihnen werden unterschieden die auf psychotische Symptome wirkenden Neuroleptika (s.d.).

vegetativ
= der Pflanzenwelt zugehörig. Auf den Menschen angewandt bezeichnet man damit diejenigen Lebensfunktionen, die auch den Pflanzen eigen sind, also lebenserhaltende und fördernde Vorgänge (Atmung, Verdauung, Ausscheidung, Regulation des Kreislaufes und der Hormone etc.), welche ohne Mitwirkung des Bewusstseins automatisch ablaufen und sich selbst regulieren.

Wahnsystem
Der Ausbau wirklichkeitsfremder Ideen (oft aufgrund von Sinnestäuschungen) zu einem in sich logisch verbundenen, geschlossenen Gedankengebäude, das jedoch auf unrealistischen Voraussetzungen beruht und deshalb «wahnhaft», also eine «Täuschung» ist.

Übersicht über die Tätigkeit der Verfasserin in Indien

April 1956 — Dez. 1961

Direktion (medizinischpsychiatrisch, zeitweise auch administrativ) des Nur Manzil Psychiatric Centre in Lucknow, Uttar Pradesh

Jan. 1962 — Aug. 1963

Private Studien in Almora, Uttar Pradesh (Hımalaya Vorberge). Verarbeitung der in Lucknow gesammelten Krankengeschichten. Publikation von «Indian Children on a Psychiatrist's Playground» (Indian Council of Medical Research, New Delhi 1967). Studium der altindischen Schriften. — Allgemein medizinische Gratis Sprechstunde für die benachbarten Bergbauern.

Aug. 1963 Aug. 1964

Teilzeitliche Anstellung als ehrenamtliche Beraterin für geistige Gesundheit für das Gesundheitsministerinim der Indischen Zentralregierung. In diesem Rahmen neben Inspektions und Beratungsaufgaben mehrmonatige akademische Lehrtätigkeit an den psychiatrischen Ausbildungsstätten der Zentralregierung. (All India Institute of Mental Health,Bangalore/Karnataka und Hospital for Mental Diseases, Kanke, Ranchi/Bihar)

Aug. — Dez. 1964

«Short Term Consultant for Mental Health» bei WHO. (kurzfristig Beraterin für geistige Gesundheit bei der Weltgesundheitsorganisation) New Delhi, Reisetätigkeit.

Febr. — Maı 1965

Gastdozentin für Psychiatrie am Institute of Social Sciences, Kashi Vidyapith, Varanasi (Benares) Uttar Pradesh. Ausbildung von Kandidaten für psychiatrische Sozialarbeit, zusammen mit medizinischer Fakultät der Benares Hindu University.

Mai 1965 — Sept. 1967

Gastprofessur am Lady Hardinge Medical College, New Delhi (Ausschliesslich für Frauen). Gleichzeitig ehrenamtliche Beraterin für Psychiatrie am Willingdon Hospital, New Delhi (Zentralregierung). Aufbau psychiatrischer Dienste, akademische Lehrtätigkeit. Während dieser Zeit weiterhin tätig als ehrenamtliche Beraterin für das Gesundheitsministerium, New Delhi, und Sekretärin mehrerer Kommissionen der Zentralregierung für die Organisation psychiatrischer Dienste und Ausbildung.

Sept. 1967 — Dez, 1968

Stellvertretend Leiterin des Departements für Psychiatrie am All India Institute of Medical Sciences (autonomes Postgraduate und Forschungsinstitut), New Delhi.

Jan. 1969 — Sept. 1969

Gastdozentin und Beraterin am B.M.Institute of Mental Health (Privatinstitut), Ahmedabad, Gujrat. Vor allem Mitwirkung an Forschungsprojekt über kindliche Entwicklung unter National Council of Educational Research and Training, New Delhi.

Thema des vorliegenden Buches:

Sept. 1969 — März 1980

Professor für Psychiatrie und Leiterin des Departements für Psychiatrie am Government Medical College in Srinagar, Kashmir. (Medizinische Fakultät der University of Kashmir). Ab Oktober 1970 gleichzeitig «Superintendent» (Direktor) des Government Mental Hospital (später «Hospital for Psychiatric Diseases») in Srinagar. Entwicklung der psychiatrischen Dienste für die ganze Provinz Kashmir (inkl. Ladakh) des Teilstaates «Jammu und Kashmir».

1970 — 1981

Während der Ferien und später noch im Ruhestand öfters mehrwöchige

Perioden als «Gastprofessor für Psychiatrie am Mahatma Gandhi Medical College, Sewagram»/ Wardha, Maharashtra.

April 1981 — Sept. 1986
»Ruhestand» in einsam gelegenem Häuslein an einem Berghang ausserhalb von Srinagar.
Verarbeitung der in Indien und besonders in Kashmir gewonnenen psychiatrischen und allgemeinen Erfahrungen. Verschiedene Publikationen. In Buchform:«Hypocrite or Heretic?» («Heuchler oder Ketzer?») Christian Institute for the Study of Religion and Society, Bangalore 1983. Erste Fassung des Manuskriptes des vorliegenden Buches 1984. Vorbereitung des Materials für «Sources and Resources», Verlag Rüegger, Chur/Zürich, 1991.
Allgemeinmedizinische GratisSprechstunde für die benachbarten Dorfbewohner.
Drei bis viermal jährlich mehrwöchige Besuche als Gastdozentin und Beraterin am B.M. Institute of Mental Health, Gujrat.

Sept. 1986 — Maı 1988
Aushilfsweise Betreuung des von Pandit Gopi Krishna gegründeten «Kundalini Research Centre» in Dehra Dun (Himalayavorberge), Uttar Pradesh.

QUELLENNACHWEIS:

Fotografien:

Privat:
Bruus (Umschlag, 4, 5)
Keller R.u.W. (8, 10, 19)
Kobelt M. (3, 6, 7, 11, 12, 14)
Kummer M. (1, 2, 9)
Siddigi S. (UmschlagInnenseite)

Agenturen und Bildarchive:
Dept. of Photography, Govt. Medical College, Srinagar (20)
Ringier, RDB/DURKAS/IMA (16)
Schürch R.D. (17)
Sahai Kamal, Originally published in Crafts of Jammu, Kashmir & Ladakh by Jaya Jaitly and Kamal Sahai and published by Mapin Publishing Pvt. Ltd., Ahmedabad (13, 15, 18)

Skizzen und Pläne:

Alle E.M. Hoch

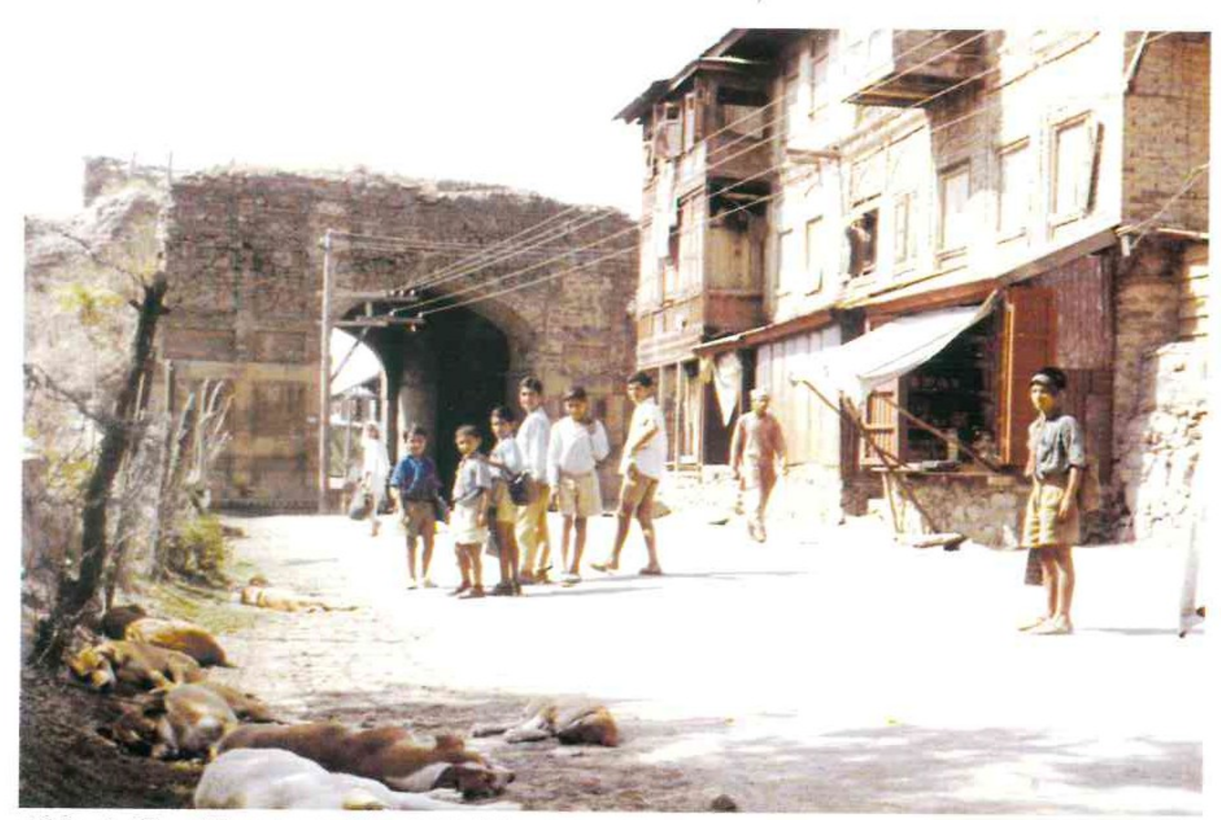


Abb. 1: Das Tor zum Hari Parbhat Bezirk S. 10



Abb. 2: Burghügel Hari Parbhat und Nagin Lake S. 10

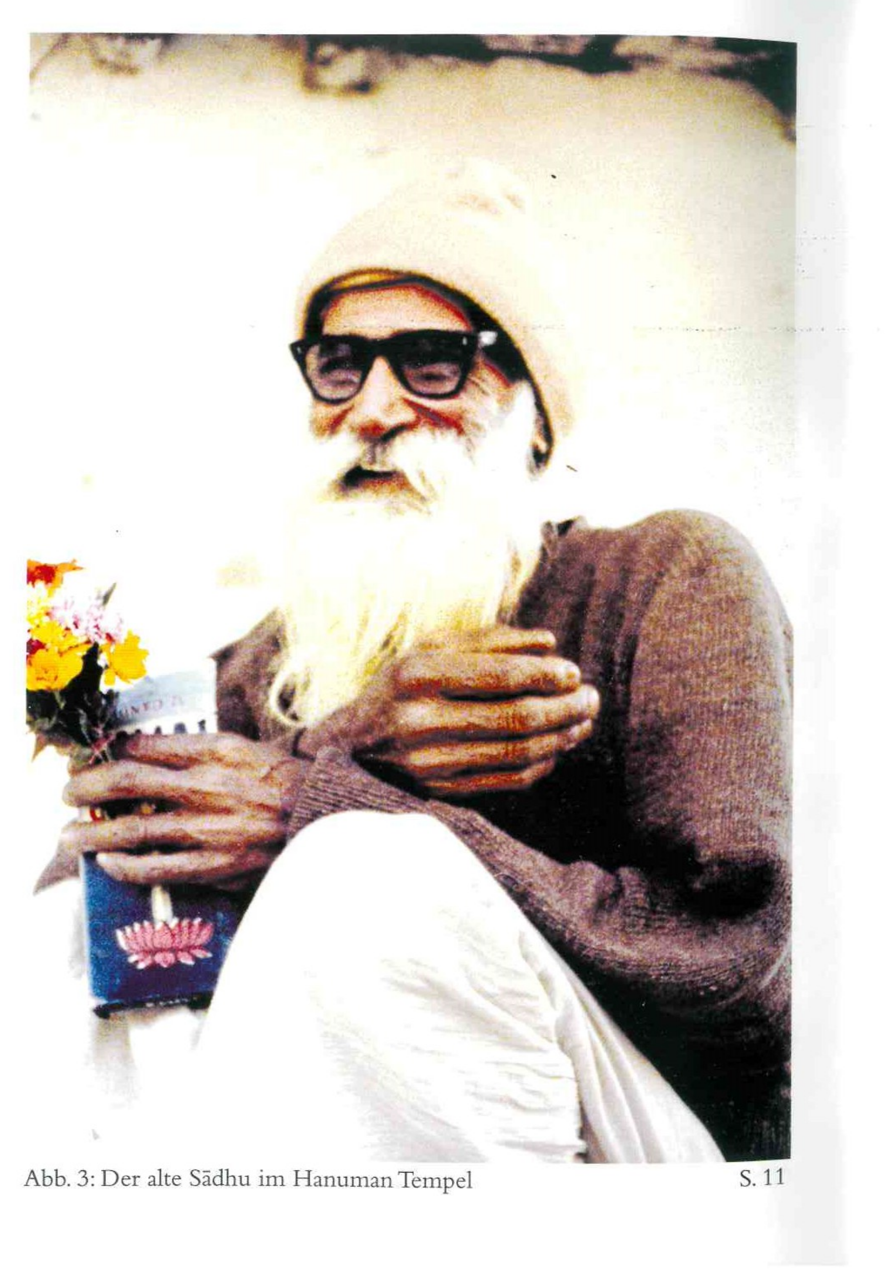


Abb. 3: Der alte Sādhu im Hanuman Tempel S. 11



Abb. 4: Patienten auf der Galerie S. 20



Abb. 5: Kothini, die «Schwiegermutter» der Frauenabteilung S. 35



Abb. 6: Picnic im Obstgarten S. 42/69



Abb. 7: «shikara» auf dem Dal Lake S. 45

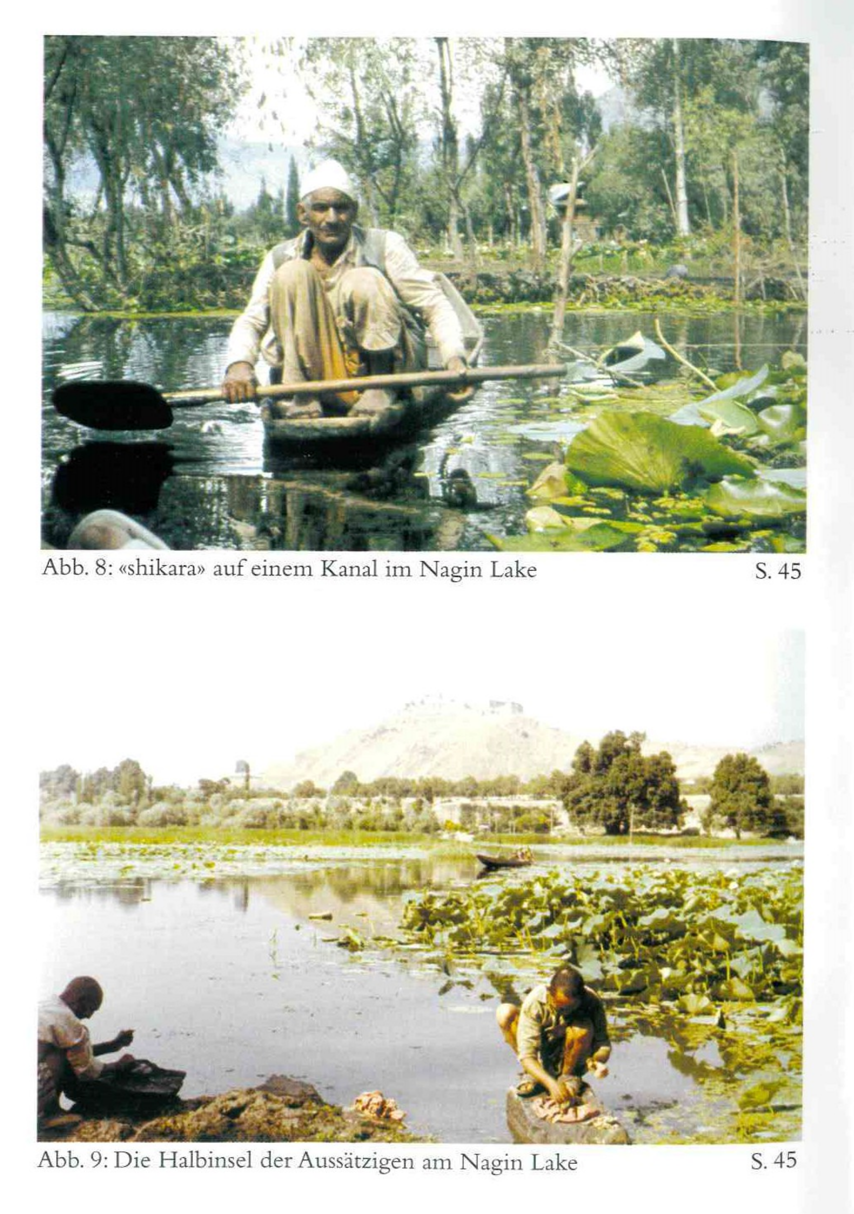


Abb. 8: «shikara» auf einem Kanal im Nagin Lake S. 45

Abb. 9: Die Halbinsel der Aussätzigen am Nagin Lake S. 45

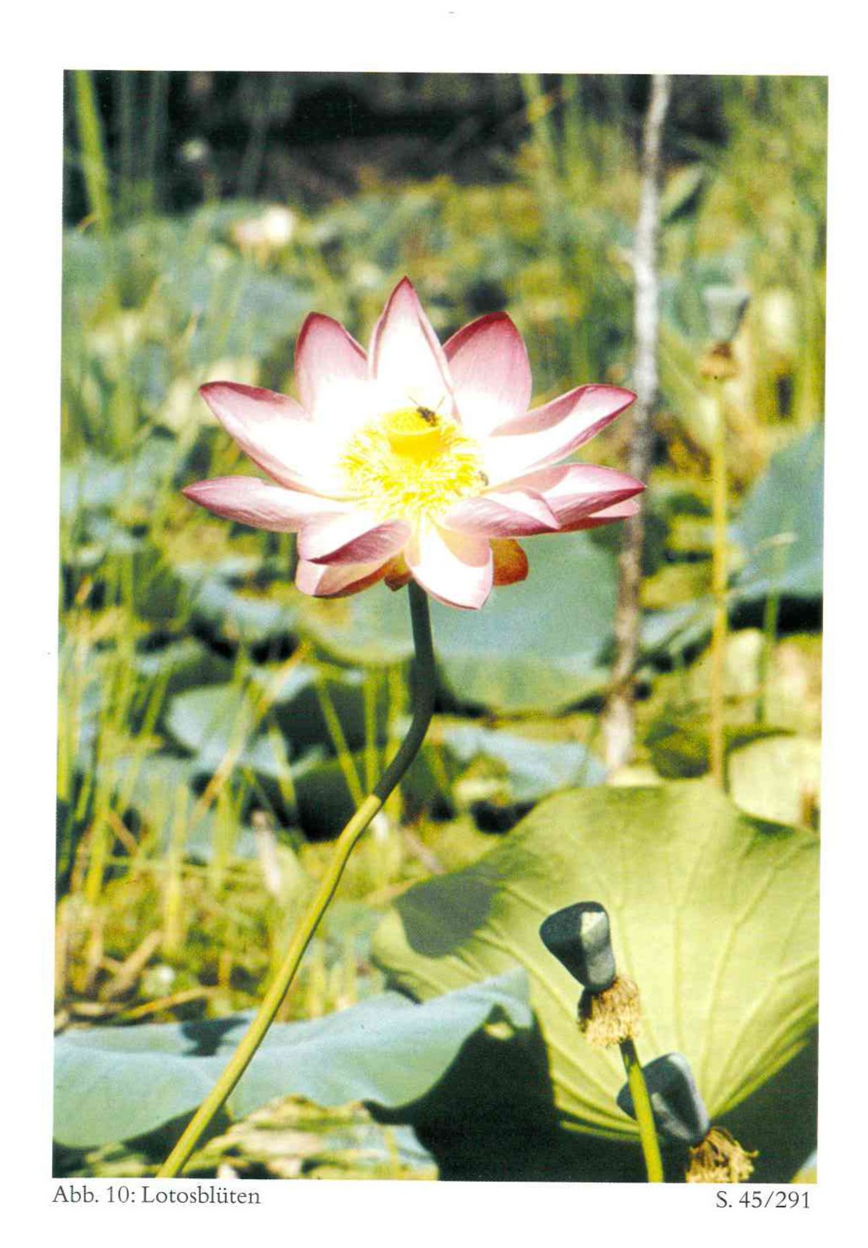


Abb. 10: Lotosblüten S. 45/291

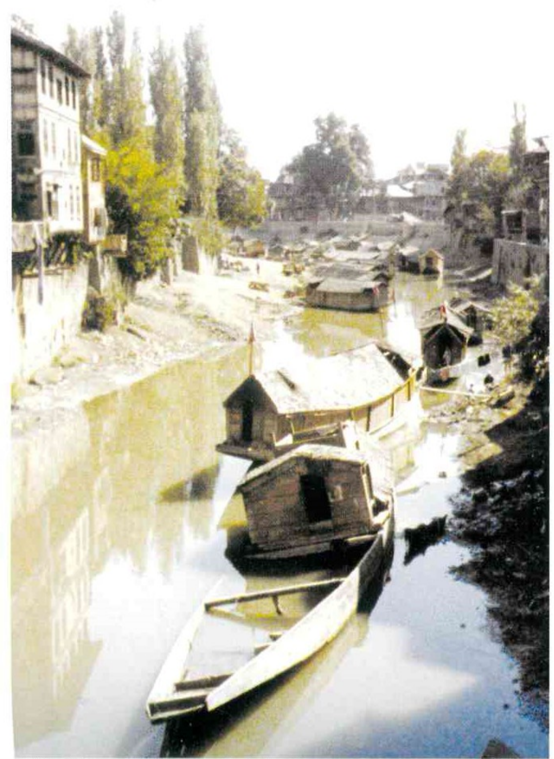




Abb. 11 und 12: «hanji» Hausboote in einem Kanal in Srinagar S. 47

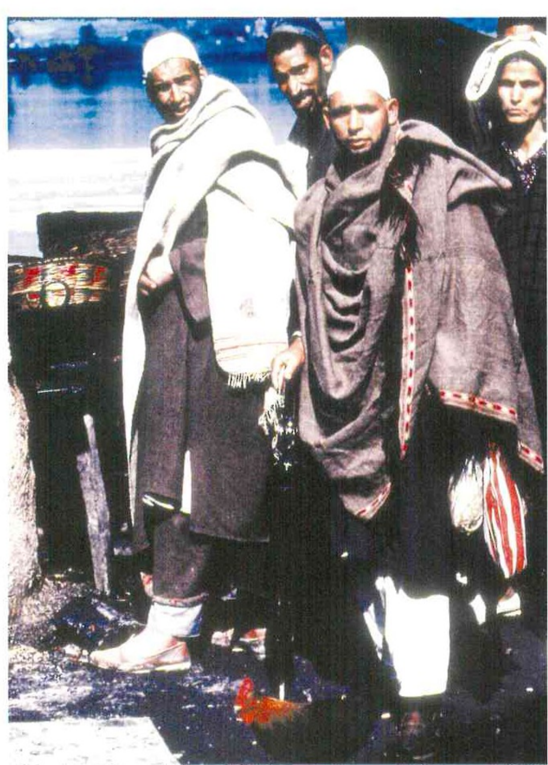


Abb. 13: Winterlich gekleidete Männer in Srinagar S. 69



Abb. 14: Hindu Frau im traditionellen Gewand S.70

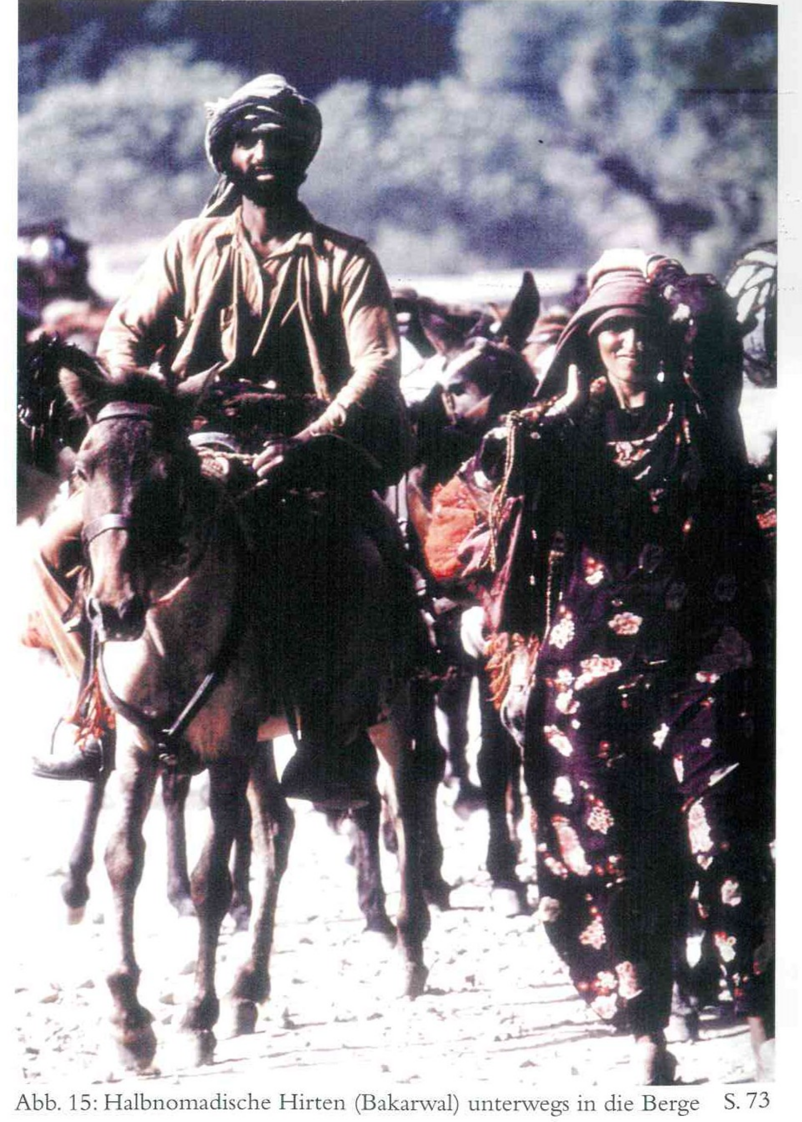


Abb. 15: Halbnomadische Hirten (Bakarwal) unterwegs in die Berge S. 73



Abb. 16: Hirtenfrau mit Kind S. 73



Abb. 17: Frauen beim Auspflanzen der Reis-Setzlinge S. 182



Abb. 18: «kangri» (Kohlenbecken), Produktion und Verkauf S. 95

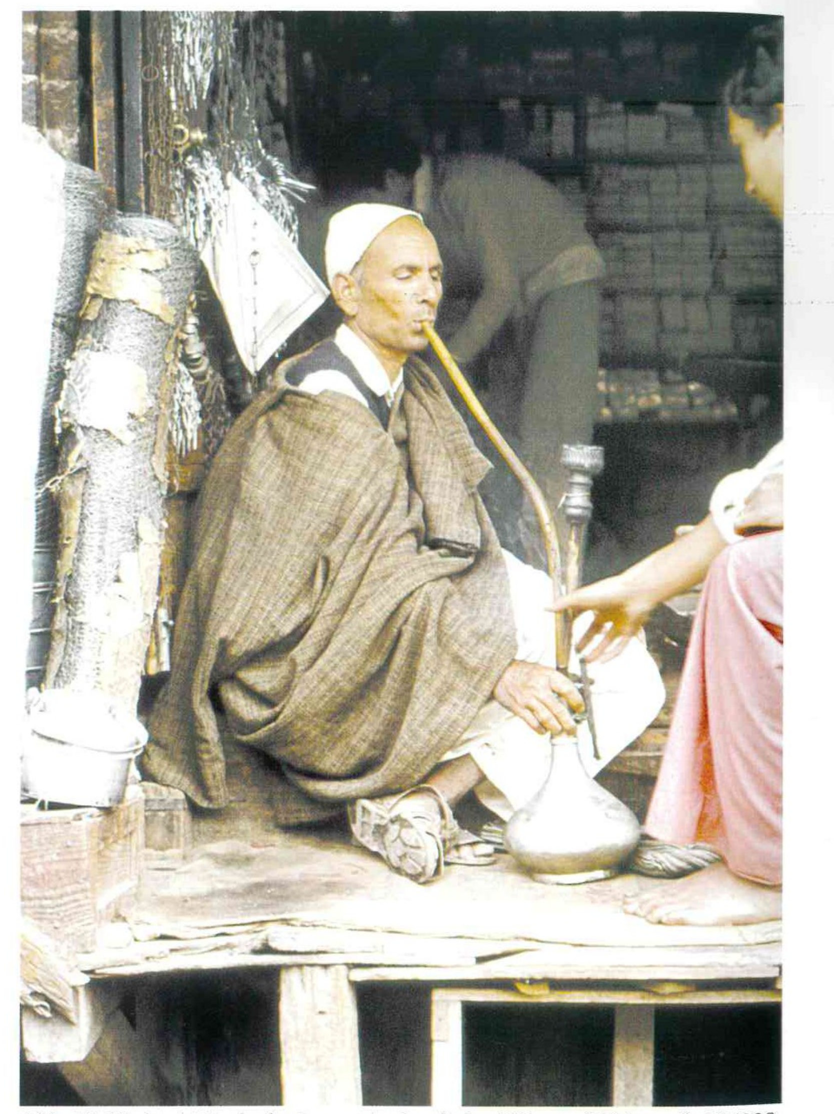


Abb. 19: Kashmiri Ladenbesitzer mit «hookah» (Wasserpfeife) S. 50/228

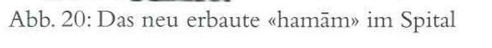


Abb. 20: Das neu erbaute «hamām» im Spital S. 109